



**You have downloaded a document from
RE-BUS
repository of the University of Silesia in Katowice**

Title: Problem wartości i jakości życia w sporach bioetycznych

Author: Danuta Ślęczek-Czakon

Citation style: Ślęczek-Czakon Danuta. (2004). Problem wartości i jakości życia w sporach bioetycznych. Katowice : Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.



Uznanie autorstwa - Użycie niekomercyjne - Bez utworów zależnych Polska - Licencja ta zezwala na rozpowszechnianie, przedstawianie i wykonywanie utworu jedynie w celach niekomercyjnych oraz pod warunkiem zachowania go w oryginalnej postaci (nie tworzenia utworów zależnych).



UNIWERSYTET ŚLĄSKI
W KATOWICACH



Biblioteka
Uniwersytetu Śląskiego



Ministerstwo Nauki
i Szkolnictwa Wyższego

Danuta Ślęczek-Czakon

Problem wartości i jakości życia w sporach bioetycznych

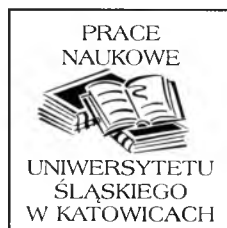


Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego



Katowice 2004

Problem wartości i jakości życia w sporach bioetycznych



NR 2210

Danuta Ślęczek-Czakon

Problem wartości i jakości życia w sporach bioetycznych



Redaktor serii: Filozofia
Józef Bańka

Recenzenci
Jerzy Kopania, Włodzimierz Tyburski

11781 / 2210



BG 324629

Spis rzeczy

Wstęp	9
Rozdział I	
Bioetyka – przedmiot, warunki powstania, stanowiska, praktyczne znaczenie	13
Przedmiot badań	14
Warunki powstania	16
Zapłodnienie <i>in vitro</i>	16
Problem granic eksperymentu naukowego i terapeutycznego	18
Zabójstwo czy przyzwolenie na śmierć?	20
Stanowiska w bioetyce	22
Etyka tradycyjna a bioetyka	26
Znaczenie bioetyki w rozwiązywaniu współczesnych problemów mo- ralnych	27
Rozdział II	
Wartość życia	33
Co to jest życie?	33
Życie jako wartość	36
Wartość życia ludzkiego	37
Wartość życia zwierząt, roślin, wartość przyrody	46
Stanowisko antropocentryczne.	46
Prawa i interesy zwierząt	48
Zwierzęta i ludzie jako istoty sobie równe	49

Utylitarystyczna zasada wymienności	51
Koncepcja czci dla życia	51
Ekologia głęboka	53
Wnioski	56
Rozdział III	
Od kiedy istnieje człowiek? Spór o istotę człowieczeństwa	59
Kryterium genetyczne	60
Kryteria rozwojowe	62
Kryterium neurologiczne	63
Kryterium animacji	65
Kryterium zdolności do samoistnego istnienia	67
Kryterium urodzin	69
Kryteria pragmatyczne	71
Filozoficzne ujęcia istoty człowieczeństwa	72
Uwagi o kryteriach człowieczeństwa.	74
Rozdział IV	
Aborcja.	78
Prawne sposoby ochrony płodu ludzkiego	79
Zasada potencjalności	85
Krytyka zasady potencjalności	90
Stanowiska wobec przerywania ciąży	94
Stanowisko absolutystyczne	94
Stanowisko umiarkowane	95
Stanowisko liberalne.	97
Konfrontacja postaw. W poszukiwaniu kompromisu	98
Moralna ocena przerywania ciąży.	100
Rozdział V	
Prokreacja medycznie wspomagana	103
Geneza	103
Stan obecny	105
Perspektywy	106
Możliwość zapłodnienia <i>post mortem</i>	107
Eugenika	108
Ektogeneza	111
Zapłodnienie gamety żeńskiej gametą żeńską	115
Autoprokreacja kobieca	116

Transfer gamet i zarodków	116
Ciąża u mężczyzny	117
Zarodek człowieka w macicy zwierzęcia	117
Argumenty w sporze o prokreację medycznie wspomaganą	118
Prawo do posiadania potomstwa	119
Czy bezpłodność jest chorobą?	121
Kto jest człowiekiem – kryteria człowieczeństwa	122
Zagrożenie małżeństwa i rodziny	123
Wbrew naturze	124
Inne zarzuty pod adresem IVF	127
Wnioski	130

Rozdział VI

Konsekwencje rewolucji terapeutycznej i biologicznej	132
Badania nad lekami	132
Problem zdrowych ochotników	133
Badania porównawcze	135
Problem świadomej zgody (<i>informed consent</i>).	136
Autonomia w medycynie – dylematy, ograniczenia	138
Transplantacje	142
Z historii transplantacji	143
Przeszczepy z ciał zmarłych	145
Przeszczepy z ciał żywych	149
Transplantacje a prawo	153
Inżynieria genetyczna	155
Podstawowe pojęcia	155
Zastosowania	159
Etyczne aspekty poznania ludzkiego genomu	160
Klonowanie człowieka	164
O pojęciu klonowania	165
Klonowanie roślin i zwierząt	167
Klonowanie człowieka	167
Realne zagrożenia, złudne obietnice	169
Wnioski	172

Rozdział VII

Śmierć w kulturze i medycynie	176
Postawy wobec śmierci	177
Terapia daremna, uporczywa, użyteczna	182
Niepodjęcie i wycofanie leczenia	184

Środki nadzwyczajne i zwyczajne	186
Żywnienie a środki medyczne	188
Skutki zamierzone a skutki przewidywane	190
Środki obowiązkowe i nieobowiązkowe.	191
Prawo do śmierci	192
Eutanazja	199
Formy eutanazji	202
Przykłady eutanazji	204
Moralne i prawne oceny eutanazji	208
Argumenty w sporze o dopuszczalność eutanazji	211
Perspektywy	213
Wnioski	215
Rozdział VIII	
Życie ludzkie w kontekstach moralnych – etyka wartości życia a etyka jakości życia	217
Etyka świętości życia	219
Etyka jakości życia	222
Jakość życia w medycynie	230
Wnioski	233
Zakończenie	237
Bibliografia	242
Indeks nazwisk	251
Summary	257
Zusammenfassung	259

Wstęp

Bioetyka, dyscyplina powstała w latach siedemdziesiątych XX wieku, od lat osiemdziesiątych obecna jest również w polskim życiu intelektualnym. Od kilku lat można zauważyć wręcz lawinowy wzrost publikacji z tego zakresu, coraz więcej przedstawicieli różnych specjalności podejmuje problemy zaliczane do przedmiotu zainteresowań bioetyki¹. Powodem jest nie tyle moda czy naśladownictwo, ile potrzeba namysłu nad życiem i śmiercią w warunkach współczesnej cywilizacji technicznej, a także konieczność przyjęcia zasad etycznych pozwalających na podejmowanie decyzji w sytuacjach granicznych oraz dylematycznych. Wprawdzie ton dyskusjom nadają bioetycy z Zachodu i USA, ale nie tylko oni mają coś istotnego do powiedzenia.

Rozległość przedmiotu bioetyki, jej interdyscyplinarność i zadania, jakie ma spełniać, powodują, że jest ona nie tylko etyką normatywną, a jej znaczenie praktyczne nie pozwala widzieć w niej jeszcze jednej dyscypliny akademickiej, w której trwa spór o prawdę dla niej samej. Spory i konflikty światopoglądowe nie są typowe dla czasów współczesnych, ale współcześnie najjaskrawiej dają o sobie znać na terenie bioetyki. Dzieje się tak z kilku powodów. Po pierwsze, mamy tu często do czynienia z sytuacjami dylematycznymi i konfliktowymi – wybór określonego działania lub jego zaniechanie wiąże się z przeciwnymi racjami moralnymi (kompromis jest niemożliwy). Musimy opowiedzieć się po jednej lub drugiej stronie. Po drugie, problemy, którymi zajmuje się bioetyka, dotyczą najbardziej intymnych sfer życia ludzkiego, a podejmowane decyzje mają wpływ na zakres wolności i bezpieczeństwa ludzi. Nie są to tylko rozważania akademickie, które jeśli nawet nie przyniosą nikomu pożytku, to specjalnie nie zaszkodzą

¹ J. Jaroń: *Stan bioetyki w Polsce*. W: *Ekofilozofia i bioetyka. Materiały VI Polskiego Zjazdu Filozoficznego w Toruniu*. Red. W. Tyburski. Toruń 1996.

– sposób rozstrzygania poszczególnych kwestii oraz podjęte decyzje mają niejednokrotnie wpływ na losy wielu ludzi, i to niezależnie od tego, czy oni sami o tym wiedzą, a także czy sobie tego życzą. Po trzecie, dyskusje i spory bioetyczne sięgają do problemu relacji między postępem cywilizacyjnym a moralnością. Jak dotąd postęp nauki i techniki wyprzedzał istniejące unormowania prawne oraz naruszał normy moralne. Jednak dawniej rozbieżność między praktyką a zasadami moralnymi nie miała tak daleko idących konsekwencji, jak to można zaobserwować współcześnie. Niekontrolowane etycznie zastosowanie możliwości technicznych rodzi, szczególnie w medycynie, nowe problemy, których kiedyś nie było, a które musimy rozstrzygnąć.

Praca poświęcona jest prezentacji oraz analizie specyfiki sporów bioetycznych, ze szczególnym uwzględnieniem problemu wartości i jakości życia. Nie jest to jedyna możliwa perspektywa badawcza: spory bioetyczne można rozpatrywać na wiele różnych sposobów, np. biorąc pod uwagę prawa człowieka, problem autonomii jednostki, zasady etyki medycznej, porównanie tradycji z nowoczesnością (a nawet ponowoczesnością). Wybrałam problem wartości i jakości życia, bo pojawia się on w bioetyce bardzo często, jednak założenia dotyczące wartości oraz jakości życia nie zawsze są w niej precyzyjnie wyartykułowane i uzasadniane. Niekiedy odgrywają rolę aksjomatycznych założeń służących do uzasadniania reguł i zasad etycznych. Moim celem jest ukazanie, przez analizę najważniejszych sporów, relacji między pojmowaniem wartości i jakości życia oraz wskazanie, na ile poglądy te są podstawą rozstrzygnięć bioetycznych. Przy okazji pojawią się i inne interesujące zagadnienia, którym poświęcę więcej uwagi (np. problem autonomii). Każdy rozdział zawiera podsumowanie, w którym przedstawiam najważniejsze wnioski i swoje stanowisko.

Prezentowana praca, mam nadzieję, obrazuje stan zagubienia współczesnych ludzi w kwestiach życia i śmierci, wolności i konieczności, a także kłopoty z ustaleniem zakresów sfery *sacrum* i *profanum*. Warto tu wspomnieć o tezie, którą głosi Luc Ferry. Uważa on, że istnienie bioetyki świadczy o tym, że we współczesnym zlaicyzowanym świecie nie znikła potrzeba i poczucie *sacrum*. Fakt, że tak trudno znaleźć jednoznaczną odpowiedź na pytanie o sens i świętość, Ferry tłumaczy tym, że współcześnie krzyżują się dwa procesy: pierwszy z nich to humanizacja tego, co boskie (uczłowieczanie treści zawartych w objawieniu), drugi to uświęcanie tego, co ludzkie (nadawanie cech boskich człowiekowi). W rezultacie krzyżowania się tych dwóch procesów (dwóch humanizmów – chrześcijańskiego i laickiego) powstaje humanizm transcendentalny, który nie odrzuca sfery *sacrum* ani transcendencji, tyle że nie pojmuje ich w sposób dogmatyczny. Nic dziwnego, że niepokoi to zarówno materialistów, jak i chrześcijan. „Materialistów – ponieważ uznanie transcendencji sprzeczne jest z zasadami nauki i analizy genealogicznej. Chrześcijan oczywiście – ponieważ muszą oni prefor-

mułować swoją wiarę, tak aby była ona wreszcie zgodna z zasadą odrzucenia autorytetów. Jeśli jednak boskość nie jest ukryta w świecie materialnym, czasowo-przestrzennym, to odtąd należy umieszczać ją w sercu człowieka, w owych transcendencjach, które każdy w sobie czuje i które ciągle się nam wymykają.”²

Jeśli hipoteza Ferry’ego jest słuszna³, to być może kiedyś humanizm transcendentalny będzie podstawą osiągnięcia porozumienia w wyznaczeniu aksjologicznych priorytetów działań ludzi. Na razie zdani jesteśmy na alternatywę: uporczywe trzymanie się metafizycznych założeń bądź dążenie do prowizorycznej zgody w podstawowych kwestiach. To drugie jest ważniejsze i trudniejsze – jeśli głos bioetyków ma dotrzeć do opinii publicznej, by uwrażliwiać ludzi na istotne kwestie i wpływać na decydentów, bioetyka nie może być tylko prezentacją oraz obroną własnego stanowiska, lecz próbą odnalezienia tego, co łączy różne stanowiska. Ten problem także znalazł swe miejsce w mojej pracy.

² L. Ferry: *Człowiek-Bóg, czyli o sensie życia*. Warszawa 1998, s. 179.

³ Zob. D. Ślęczek-Czakon: *Humanizm i medycyna. Uwagi o problemie humanizacji medycyny*. „Sztuka Leczenia” 2002, nr 1.

Rozdział I

Bioetyka – przedmiot, warunki powstania, stanowiska, praktyczne znaczenie

„Bioetyka (gr. *bios* – »życie«) – stosunkowo młoda gałąź nauki z pogranicza antropologii, filozofii, etyki, prawa, medycyny i techniki. Biorąc za podstawę naturę biologiczną człowieka, zmierza do ukazania go jako całości od strony filozoficznej, socjologicznej i psychologicznej. Głównym zadaniem bioetyki jest dokonywanie ocen moralnych wszelkich problemów i faktów wynikających z postępu nauk przyrodniczo-technicznych. Sposób uprawiania tych nauk niepokoi etyków, m.in. dlatego, iż eksperymenty fizyki, chemii, inżynierii genetycznej wymykają się spod kontroli człowieka i obracają się przeciwko niemu. Współczesna etyka sprzeciwia się tezie o tzw. »wolności aksjologicznej«, czyli uwolnieniu postępowania naukowców od etycznych ocen. Bioetycy wychodzą z założenia, iż każde działanie naukowe winno podlegać ocenie i odpowiedzialności moralnej. Każdy zatem eksperyment techniczny i medyczny winien być podporządkowany nie tylko kryteriom metodologicznym, lecz i normom etycznym. Podczas konferencji UNESCO w Warnie w 1978 r. sporządzono następujący katalog różnych interwencji biologicznych, które implikują pewne problemy etyczne: leczenie chorób dziedzicznych, nowe techniki zapłodnień, planowanie rodziny i regulacja demograficzna, transplantacja organów ludzkich, badania mózgu, modyfikacja zachowań człowieka, zapobieganie procesom starzenia się, przedłużenie życia, eutanazja, zabiegi eugeniczne.”¹ W wielu słownikach czy encyklopediach termin *bioetyka* jeszcze nie występuje. Z drugiej strony, istnieje wiele

¹ *Słownik etyczny*. Red. S. Jedynak. Lublin 1990, s. 27–28; zob. także W. Bołoz: *Życie w ludzkich rękach. Podstawowe zagadnienia bioetyczne*. Warszawa 1997, s. 31–33; J. Jaroń: *Bioetyka. Wybrane zagadnienia*. Warszawa 1999, s. 27–35.

definicji bioetyki różniących się sposobem określania jej istoty i zakresu badawczego. Przedmiot bioetyki, jak zobaczymy, jest rozległy oraz trudny do jednoznacznego ustalenia. Przytoczona charakterystyka bioetyki wskazuje na ważne cechy tej dyscypliny – związki z innymi naukami (szczególnie filozofią, socjologią, psychologią, ale też biologią i medycyną) oraz normatywny charakter. Bioetykę można uprawiać jako naukę opisową, rejestrującą zmiany w postawach moralnych zaistniałych pod wpływem rozwoju nauk biomedycznych, jednak głównym jej zadaniem jest dokonywanie ocen moralnych, formułowanie norm etycznych odnoszących się do skutków oraz zastosowań postępu naukowego i technicznego w życiu. Wymieniona w niej lista ingerencji biologicznych uległa dzisiaj rozszerzeniu, ale już to wyliczenie sygnalizuje, jak wiele problemów wchodzi w zakres zainteresowań bioetyków.

Przedmiot badań

Termin *bioetyka* pojawił się kilkadziesiąt lat temu w Stanach Zjednoczonych, skąd upowszechnił się i przyjął w wielu językach (także w języku polskim, choć jest jeszcze rzadko stosowany). Jednym z pierwszych, który posłużył się pojęciem bioetyki, był prawdopodobnie van Rensselaer Potter, który w 1971 r. opublikował książkę *Bioethics: Bridge to the Future*². Sądził on, że bioetyka to dyscyplina, która wykorzystuje zdobycze biologii, ustala i rekomenduje odpowiednie działania zmierzające do poprawy jakości życia ludzkiego (bioetyka to biologia stosowana).

Współcześnie termin *bioetyka* stosuje się zamiennie z terminem *etyka biomedyczna* lub *etyka medyczna* i oznacza się nim moralną refleksję nad problemami współczesnych nauk o życiu. Bioetyka, w tym ujęciu, to etyka zajmująca się moralnymi problemami biologii oraz medycyny.

Rozwój badań bioetycznych nie doprowadził do jednego, powszechnie przyjętego rozumienia bioetyki. Potoczne rozumienie tego terminu wiąże się z rozumieniem jego części składowych (*bios*, *ethos*) i najczęściej oznacza jakąś etykę życia ludzkiego wyznaczoną przez osiągnięcia współczesnych nauk biomedycznych. Takie rozumienie bioetyki jest zbyt ogólnikowe, dlatego próbuje się je uściślić. Czyni się to na dwa sposoby: 1) przez wyliczenie problemów wyrosłych na gruncie nauk biomedycznych, 2) przez wskazanie obszarów ludzkich zachowań dotyczących ludzkiego życia.

² Podają za: Z. Szawarski: *Bioetyka*. „Problemy” 1986, nr 4.

W pierwszym wypadku określa się bioetykę jako dyscyplinę zajmującą się zagadnieniami pobierania organów z ciał osób uznanych za zmarłe, sztucznym przedłużaniem i podtrzymywaniem życia, interwencjami genetycznymi, metodami sztucznego zapłodnienia, terapią osób psychicznie chorych, eutanazją itp.³

Drugie ujęcie omawianej dyscypliny traktuje ją jako „dział filozoficznej etyki szczegółowej, która ma ustalić oceny i normy (reguły) moralne ważne w dziedzinie działań (aktów) ludzkich polegających na ingerencji w granicznych sytuacjach powstawania życia, jego trwania i śmierci”⁴. Bioetyka nie może zajmować się wszystkimi sytuacjami w życiu ludzkim. W całokształcie procesów życia trzeba wyodrębnić specyficzne sytuacje i działania ludzkie. Sytuacje te muszą się charakteryzować następującymi cechami: 1) są one wyjątkowe, krytyczne i jednocześnie graniczne, bo życie ludzkie zostaje postawione na krawędzi istnienia z powodu jakichś niezwykle warunków bądź zagrożeń, 2) mamy w nich do czynienia z drastyczną ingerencją człowieka w proces życia własnego lub cudzego. Sytuacja graniczna i ingerencja w proces życia są ze sobą związane – czasem zaistnienie sytuacji granicznej poprzedza ingerencję, niekiedy jest wtórne wobec niej. Sytuacje bioetyczne nie są związane z określonym okresem życia, mogą się pojawić od początku do końca jego trwania. Z tego względu można podzielić zagadnienia bioetyki na trzy działy: biogenezę, bioterapię, tanatologię.

Drugie ujęcie bioetyki jest bardziej precyzyjne, bo nie rozszerza przedmiotu rozważań na całe życie ludzkie ani nie zawęża bioetyki do etyki medycznej (sytuacje graniczne nie muszą wiązać się z rozwojem nauk biologiczno-medycznych). W określeniu sytuacji granicznych nie akcentowałabym tak mocno ich wyjątkowości, pamiętając, że to, co wyjątkowe i niezwykle po pewnym czasie staje się normalne, rutynowe, zwykłe. Opowiadając się za drugim ujęciem bioetyki uznaję, że terminy, które stosuje się zamiennie z nazwą *bioetyka*, nie są adekwatne, bo: 1) zawężają problematykę bioetyki do etyki medycznej, czyniąc z niej etykę zawodową, 2) nazwa *bioetyka* ma już pewną tradycję i jest bardziej zrozumiała niż pozostałe.

Bioetyka, choć jest określana jako refleksja normatywna, pozostaje w łączności z naukami szczegółowymi (biologią, medycyną, psychologią, socjologią). Sytuacje, które są przedmiotem rozważań bioetyki, pojawiły się m.in. pod wpływem rozwoju nauk szczegółowych i zastosowań techniki w medycynie, stąd też w refleksji bioetycznej dużą rolę odgrywają wiadomości faktograficzne. Rozwój nauk szczegółowych, wyniki badań naukowych oraz znajomość rozpatrywanych faktów mają istotny wpływ na etyczną ocenę sytuacji.

³ B. Hołyst: *Samobójstwo – przypadek czy konieczność*. Warszawa 1983, s. 159.

⁴ T. Ślipko: *Granice życia. Dylematy współczesnej bioetyki*. Warszawa 1988, s. 16.

Bioetyka jest dyscypliną stosunkowo młodą, dlatego dotychczasowe próby określenia przedmiotu jej badań można traktować jako wstęp do sformułowania następnych, bardziej precyzyjnych definicji. Na razie funkcjonują różne definicje bioetyki: jedni chcą ją pojmować wąsko, jako etykę medyczną, inni rozszerzają przedmiot jej badań i włączają do niej problemy z zakresu etyki ekologicznej. Kwestia zakresu przedmiotowego bioetyki, jak sądzę, nie jest najważniejsza dla dalszych badań bioetycznych.

Warunki powstania

Bioetyka jest nową dyscypliną, ale niektóre jej zagadnienia należały już wcześniej do zestawu dociekań filozoficznych i etycznych (np. problem życia i śmierci, istoty człowieczeństwa, samobójstwa, eutanazji). Powstała ona jednak nie tyle jako skutek badań filozoficznych, ile jako reakcja na praktyczną potrzebę znalezienia zasad, norm określających granice moralnej dopuszczalności ingerowania człowieka w naturalne procesy biologiczne⁵. Narodziny bioetyki to rezultat zderzenia postępu nauk medycznych z tradycyjnym systemem wartości, to efekt analizy przypadków, stworzonych przez naukę i życie, z którymi nie mogła sobie poradzić tradycyjna etyka⁶.

Zapłodnienie *in vitro*

Do lat siedemdziesiątych XX wieku ludzkość rozmnażała się w „tradycyjny” sposób. Od stu lat jest znane i stosowane sztuczne zapłodnienie, ale skala ingerencji w procesy rozrodcze człowieka była dotąd niewielka. Sytuacja zaczęła zmieniać się, od kiedy zastosowano zapłodnienie *in vitro* (łac. *vitrum* – „szkło”). 25.07.1978 r. urodziła się Luiza Brown, pierwsze na świecie „dziecko z probówki”. Matka dziecka cierpiała na niedrożność jajowodów i zapłodnienie *in vitro* (zwane również zapłodnieniem zewnętrznym lub pozaustrojowym) było jedynym sposobem pokonania bezpłodności. Pionie-

⁵ E. Klimowicz: *Główne zagadnienia bioetyki*. W: *Etyka XX wieku*. Red. S. Jedynek. T.1. Lublin 1991.

⁶ Z. Szawarski: *Bioetyka*. „Problemy” 1986, nr 4. (Artykuł ten jest dla mnie podstawą do omówienia warunków powstania bioetyki).

rami tej metody zapłodnienia byli ginekolog dr Patrick Steptoe oraz biolog z uniwersytetu w Cambridge dr Robert Edwards.

W kwietniu 1984 r. zespół prof. Carla Wooda z Melbourne ogłosił, że urodziło się pierwsze na świecie dziecko z zapłodnienia *in vitro*, którego zarodek został na kilka miesięcy zamrożony. Był to kolejny krok w rozwoju metody zapłodnienia *in vitro*. Do tej pory zabieg zapłodnienia przebiegał następująco: po odpowiedniej kuracji hormonalnej pobierano z jajnika kobiety jedno lub kilka jajeczek, które zapładniano w probówce i po 2–3 dniach wprowadzano do macicy kobiety. Jeśli nie doszło do implantacji zarodka, cały zabieg trzeba było powtarzać od nowa. Technika Wooda pozwala wszczepić jeden lub kilka zarodków, a pozostałe zamrozić na wypadek, gdyby nie doszło do implantacji. Jest to wygodne dla lekarzy i kobiety, ale stwarza problemy moralne i prawne. Jeśli za pierwszym razem dojdzie do implantacji zarodka oraz urodzenia dziecka, to co robić z pozostałymi zamrożonymi embrionami? Jak długo je przechowywać? Przy obecnym stanie techniki zamrażania zarodki mogą być przechowywane – jak sądzą niektórzy – nawet 600 lat i nie utracą zdolności do rozwoju. Australijski National Health and Medical Research Council zaleca przechowywanie zarodków do 10 lat, z kolei komitet etyczny powołany przez British Medical Association proponuje 12 miesięcy jako maksymalny czas przechowywania⁷. Czy po upływie tego czasu zarodki mają być zniszczone, czy użyte do eksperymentów? Kto właściwie ma nimi dysponować: lekarze, klinika, rodzice, państwo? Co zrobić, gdy rodzice domagają się przedłużenia okresu przechowywania, bo chcą przekazać zamrożone embriony swoim bezpłodnym znajomym czy nawet nienarodzonym jeszcze wnukom? – brzmi to absurdalnie, ale jest to możliwe. Czy zarodek jest czyjąś własnością? Jaki jest status prawny i moralny zamrożonego zarodka ludzkiego? Pytania można mnożyć.

Wraz z rozwojem metod sztucznej prokreacji ustalenia prawne i etyczne stają się konieczne. Tym bardziej, jeśli rozważymy możliwości, jakie stwarzają nowe techniki prokreacji. Już teraz problem matek zastępczych (kobiet, które darują lub sprzedają swoje komórki jajowe lub embriony innej kobiecie, czy też zgadzają się przeżyć ciążę i urodzić dziecko dla innej kobiety) sprawia wiele kłopotów prawnikom, etykom, teologom i bezpłodnym małżeństwom korzystającym z ich pomocy (usługi?) w prokreacji. Udoskonalenie metody zapłodnienia *in vitro* wraz z rozwojem metod podtrzymywania przy życiu płodów z porodów przedwczesnych może w przyszłości doprowadzić do ektogenezy, czyli prokreacji człowieka poza organizmem kobiety. Istnieje też możliwość wykorzystania zamrożonych embrio-

⁷ Zob. raporty komisji etycznych opublikowane jako aneks w: P. Singer, D. Wells: *Dzieci z probówki. Etyka i praktyka sztucznej prokreacji*. Warszawa 1988.

nów jako dawców tkanek i narządów do transplantacji oraz użycia ich do eksperymentów, np. do klonowania.

Metoda zapłodnienia *in vitro* stała się standardową metodą leczenia bezpłodności, budzi ona jednak wiele wątpliwości moralnych. Zwolennicy światopoglądu religijnego są zwykle jej przeciwnikami. Kościół katolicki zdecydowanie ją potępia oraz dąży do prawnego zakazu jej stosowania. Żydzi i muzułmanie akceptują ją tylko wtedy, gdy jest stosowana w legalnie zawartym małżeństwie. W protestantyzmie istnieją zarówno przeciwnicy, jak i zwolennicy tej metody. Obie strony stawiają ważne pytania i przytaczają swoje argumenty – właśnie na takie pytania stara się odpowiedzieć bioetyka.

Problem granic eksperymentu naukowego i terapeutycznego

26.10.1984 r. zespół szpitala przy Uniwersytecie Loma Linda (Kalifornia) dokonał operacji na kilkutygodniowej dziewczynce – przeszczepił dziecku serce pawiana. Dziewczynka cierpiała na wrodzoną wadę serca (niewykształcona lewa komora) i właściwie nie miała szans przeżycia. 15.11.1984 r. nastąpił odrzut przeszczepu – dziecko zmarło. Czy operacja ta była sukcesem medycyny? Wszystkie dotychczasowe próby przeszczepiania ludziom organów zwierzęcych kończyły się niepowodzeniem. Po raz pierwszy zdarzyło się, by człowiek z sercem zwierzęcia żył tak długo, ale czy można to uznać za sukces? Czy lekarze postąpili słusznie, wykonując taki eksperyment? Czy dziecko skazane na śmierć wskutek wrodzonej wady może być wykorzystane do eksperymentu naukowego? Lekarze z Loma Linda deklarowali, iż kierowali się dobrem dziecka (próbowali ratować mu życie), a nie ciekawością, ale okoliczności przeprowadzenia operacji zdają się tego nie potwierdzać. Wiadomo było, że szansa przeżycia dziecka po transplantacji organu zwierzęcego jest równa zeru. Specjalna komisja lekarska, która zezwoliła na operację, nie uzasadniła swojej decyzji (obrazy komisji zostały utajnione). Nie wiadomo też, czy dokładnie poinformowano rodziców dziecka o celu i szansach powodzenia operacji. Można mieć uzasadnione podejrzenie, że Baby Fae (bo taki pseudonim nadano dziecku) była ofiarą ambicji naukowych lekarzy, ofiarą postępu medycyny. Operacja ta ujawniła też, iż postęp medycyny jest związany z cierpieniem i zabijaniem zwierząt oraz z prymatem skuteczności i ciekawości poznawczej nad zasadami moralnymi.

Czy postęp w medycynie musi odbywać się w ten sposób i za wszelką cenę? Można wprawdzie powiedzieć, że postęp naukowy zawsze wyprzedzał istniejące rozstrzygnięcia prawne i naruszał normy moralne. Gdyby

lekarze przestrzegali zakazu sekcji zwłok, nie dokonywali na sobie bądź innych ludziach ryzykownych eksperymentów, czy zaistniałaby współczesna medycyna? Jednak rozbieżności między praktyką a zasadami moralnymi nie miały dawniej tak daleko idących konsekwencji jak obecnie. Niekontrolowane wykorzystanie w medycynie możliwości technicznych rodzi nowe, dotąd niespotykane problemy. Na przykład wykorzystanie komórek jajowych pobranych od płodów żeńskich do zapłodnienia *in vitro* i implantowanie tak uzyskanych embrionów kobietom po klimakterium – dziecko takie miałoby matkę, która się nie urodziła; trzeba by wprowadzić rozróżnienie między matką genetyczną i biologiczną; znacznie wydłużyłby się wiek prokreacyjny kobiety, a można też zastanawiać się, jakie problemy wychowawcze pojawiłyby się w związku z macierzyństwem w tak późnym okresie życia⁸. Inny przykład: dr Severino Antinori przed kilkoma laty implantował dwudziestoletniej kobiecie zapłodnioną komórkę jajową pochodzącą od jej matki. Urodzony chłopiec jest jednocześnie synem własnej siostry, bratem własnej matki, własnym wujem i siostrzeńcem⁹.

Współcześnie coraz bardziej zacierą się różnica między eksperymentem naukowym a terapeutycznym. Obecnie, kiedy masowo przeszczepia się narządy i tkanki, konstruuje sztuczne serca, mówi się o przeszczepach głowy czy mózgu, trudno zorientować się, co jest głównym motywem badacza: ciekawość poznawcza, sukces naukowy, zdobycie sławy czy dobro pacjenta? To, że najczęściej eksperymentuje się na ludziach beznadziejnie chorych, którym prawdopodobnie nic już nie może pomóc, może wskazywać, że w postawie badaczy przeważa ciekawość i chęć rozgłosu. Większość naukowców zdaje się przyjmować założenie, że to ludzkość musi co pewien czas rewidować swoje tradycyjne przekonania i zasady moralne oraz dostosowywać je do osiągnięć nauk o życiu czy techniki, a nie ograniczać badań naukowych przez istniejące przekonania moralne. Pierwsza transplantacja serca wywołała zdziwienie i oburzenie, dzisiaj jest uznaną metodą leczenia. Zapłodnienie *in vitro* kilkanaście lat temu traktowano jako technikę odrażającą, dzisiaj w wielu krajach jest uznaną metodą leczenia bezpłodności. Może więc użycie płodowych jajników, wykorzystanie embrionów do transplantacji, wykonanie zapłodnienia *in vitro* na zamówienie kobiet w wieku emerytalnym zostanie za kilka lat społecznie zaakceptowane?

Czy takie stanowisko jest słuszne? Czy rzeczywiście naukowcy mają odkrywać prawa i stosować je bez etycznej oceny celów oraz skutków, a ety-

⁸ Zob. artykuł: S. Zagórski: *Moja mama nigdy się nie urodziła*. Magazyn „Gazety Wyborczej” z 21.01.1994, s. 17.

⁹ Zob. artykuły: A. Łodyński: *Potomek na zamówienie*. „Polityka” 1994, nr 5, s. 20; Z. Wojtasiński: *Macierzyństwo bez granic*. „Rzeczpospolita” z 07.01.1994, dodatek „Nauka i Technika”.

cy, moralisci, prawnicy spóźnieni o kilka czy kilkadziesiąt lat mają rozstrzygać, czy wolno robić to, co jest technicznie możliwe i stosowane? W bioetyce podaje się w wątpliwość powyższe stanowisko – dlatego naukowcy próbują zawczasu przewidzieć możliwe konsekwencje postępu naukowego i wypracować jednolite oraz w miarę jednoznaczne etycznie kryteria oceny odkryć naukowych, jak również ich zastosowania. Bioetyka jest terenem ostrego sporu o granice działalności poznawczej i badawczej człowieka: chodzi tu o wyznaczenie obszaru tabu, na który człowiek nie powinien wkraczać. Bioetycy o orientacji religijnej uzasadniają to obiektywnym łańcem moralnym ustanowionym przez Boga, bioetycy świeccy powołują się na dobro ludzkości czy nawet całej przyrody.

Zabójstwo czy przyzwolenie na śmierć?

W listopadzie 1981 r. w Wielkiej Brytanii odbył się proces dr. Leonarda Arthura, lekarza oskarżonego o popełnienie morderstwa z premedytacją na noworodku z zespołem Downa. Po urodzeniu dziecka lekarz zbadał je w obecności rodziców oraz zanotował w dokumentacji szpitalnej, iż rodzice nie życzą sobie przeżycia dziecka i że zleca się jedynie opiekę standardową. Opieka ta sprowadzała się do podawania dziecku narkotycznego środka znieczulającego i dihydrocodeiny co 4 godziny oraz pojenia wodą. W dwa dni później chłopiec zachorował na oskrzelowe zapalenie płuc, jednak nie podano mu antybiotyków. Dziecko zmarło trzy dni po urodzeniu. Jedna z osób pracujących w szpitalu ujawniła okoliczności śmierci dziecka organizacji „Life” i w ten sposób doszło do procesu. Proces zakończył się uwolnieniem dr. Arthura od odpowiedzialności za śmierć dziecka, choć wszystko wskazywało na to, że świadomie stworzył warunki powodujące śmierć dziecka.

Dlaczego zapadł taki wyrok? Stało się tak, jak można sądzić, z kilku powodów. W trakcie procesu okazało się, że praktyka przyzwalania na śmierć dziecka obarczonego głębokimi wadami jest bardziej powszechna, niż sądzono. Wielu zeznających na procesie lekarzy nie kryło, że sami podejmowali podobne decyzje prowadzące do śmierci dzieci nieuleczalnie chorych. Na wyroku zaważyła także przyjęta linia obrony: rozróżnienie między czynnym zabiciem a przyzwoleniem na śmierć. Obrona dowodziła, że nie było intencją lekarza zabić, lecz pozwolić mu umrzeć, dlatego więc przepisał odpowiedni lek oraz zalecił opiekę standardową – nie zabił więc, a tylko ułatwił nadejście śmierci. Można też przyjąć, że zarówno rodzice, jak i ława przysięgłych byli przekonani (choć nikt tego przekona-

nia wprost nie wypowiadał), że dla upośledzonego dziecka będzie lepiej, jeśli odejdzie.

Sam proces jak również wyrok spotęgowały wątpliwości moralne lekarzy, prawników, filozofów. Lekarze chcieliby mieć pewność, jak w takich przypadkach postąpić: Czy wolno spowodować śmierć nieuleczalnie chorego dziecka i czy obowiązkiem moralnym lekarza jest ratowanie życia ludzkiego wszystkimi dostępnymi środkami? Czy lekarz może spełnić żądania rodziców? Dla prawników ważne jest rozstrzygnięcie spraw: Kto i w jaki sposób ma podejmować decyzje dotyczące przyszłości dziecka upośledzonego? Czy zgodna decyzja rodziców i lekarzy może być podstawą do zaniechania leczenia? Jaka jest różnica (jeśli w ogóle jest) między zabiciem a przyzwoleniem na śmierć? Filozofowie i etycy rozważają, czy zawsze oraz za wszelką cenę trzeba ratować życie, czy też czasami lepiej jest umrzeć niż żyć? Jeśli śmierć ma być lepsza od życia, to czy można ją czynnie, ale bezboleśnie spowodować, czy też należy czekać, aż zrobi to natura?

Proces dr. Arthura nie był jedynym takim przypadkiem – w latach siedemdziesiątych głośna była sprawa dzieci thalidomidowych (dzieci upośledzonych na skutek używania przez ich matki thalidomidu). Zdarzyły się przypadki uśmiercania takich dzieci przez rodziców bądź lekarzy¹⁰. Uśmiercanie nieuleczalnie chorych dzieci, osób psychicznie chorych, nieuleczalnie chorych pacjentów domagających się skrócenia ich cierpienia zdarza się stosunkowo często¹¹. Czy wszystkie te zabójstwa uznać za eutanazję? Dyskusje o niej toczą się od dawna, dotyczą m.in. samego pojęcia eutanazji, jej rodzajów, dopuszczalności. Coraz częściej odzywają się głosy o zalegalizowanie eutanazji rozumianej jako spowodowanie śmierci człowieka nieuleczalnie chorego na jego żądanie i pod wpływem współczucia dla niego. W większości krajów prawo zakazuje eutanazji, bo traktuje ją jako zabójstwo, choć w praktyce kary orzekane za eutanazję są łagodne lub nawet zwalnia się sprawcę od winy i kary. Wyjątkiem jest Holandia, gdzie w 1993 r. parlament zalegalizował ją w pewnych wypadkach, Australia, gdzie od lipca 1996 r. przez pół roku była ona prawnie dopuszczalna, i Belgia, w której od września 2002 r. zalegalizowano śmierć na życzenie¹². Możliwe, że w niedługim czasie do tych wyjątków dołączą również inne kraje.

¹⁰ Piszą o tym m.in. J. Bréhant: *Thanatos. Chory i lekarz w obliczu śmierci*. Warszawa 1993, s. 152–153; Z. Szawarski: *Moralne problemy dotyczące opieki nad dziećmi nieuleczalnie chorymi*. W: *W kręgu życia i śmierci*. Red. Z. Szawarski. Warszawa 1987.

¹¹ R. Fenigsen: *Eutanazja. Śmierć z wyboru?* Poznań 1994; M. Wroński: *Śmierć na życzenie*. „Polityka” 1992, nr 35; P. Berg: *Śmierć na życzenie*. „Wprost” 1991, nr 34; „Gazeta Wyborcza” z 24.09.2002.

¹² F. Kułigowska: *Śmierć na zamówienie*. „Polityka” 1996, nr 26.

Moralne oceny eutanazji są rozmaite: od aprobaty i uznania, że jest to realizacja prawa do śmierci, humanitarny akt skrócenia cierpień, po zdecydowane potępienie jej za łamanie normy „nie zabijaj”, wkraczanie w kompetencje Boga, nadawanie lekarzowi funkcji mordercy. Istnieją obawy, iż zalegalizowanie eutanazji może spowodować nadużycia (np. zabijanie ludzi z przyczyn ekonomicznych, ideologicznych, eugenicznych) oraz przyczyni się do zerwania nici zaufania między pacjentem a lekarzem. Problem eutanazji należy do jednych z trudniejszych i nie wiadomo, czy ludzkość znajdzie tu do uniwersalnych, a także zadowalających wszystkich rozwiązań.

Stanowiska w bioetyce

Przedstawiciele bioetyki rekrutują się z różnych orientacji światopoglądowych, filozoficznych, stąd w bioetyce istnieją różne nurty myślowe. Zdaniem Z. Szawarskiego¹³ we współczesnej bioetyce dają się zauważyć **cztery orientacje**. **Pierwsza** z nich to podejście typowe dla etyki sytuacyjnej. Twierdzi się tu, że nie ma żadnych bezwzględnych i absolutnych reguł moralnych, wobec tego lekarz sam, zależnie od okoliczności, faktów i własnej oceny sytuacji, musi podjąć decyzję. Czołowym reprezentantem tego nurtu był teolog protestancki Joseph Fletcher. **Drugi** nurt to stanowisko bezwzględnego szacunku dla tradycyjnych zasad etyki medycznej, wzmocnione dodatkowo sankcją religijną. Takie stanowisko zajmuje np. teolog Paul Ramsey. **Trzecie** podejście do zagadnień bioetycznych charakterystyczne jest dla pokolenia młodych filozofów, którzy stosują metody filozofii analitycznej do rozstrzygania określonych problemów moralnych, często też sięgają do utilitaryzmu i etyki Kanta (np. Peter Singer, Jonathan Glover, Michael Lockwood). **Czwarta**, najnowsza orientacja, to stanowisko sceptyczne wobec możliwości ostatecznego rozstrzygania moralnych problemów współczesności i szukające oparcia w etyce cnót. Głównym przedstawicielem tego nurtu jest Alasdair MacIntyre.

Z kolei Tadeusz Ślipko¹⁴ uważa, że bioetyka jest terenem konfrontacji **dwóch orientacji** filozoficzno-etycznych: absolutyzmu etycznego reprezentowanego przez etykę chrześcijańską oraz relatywizmu etycznego mającego swe odbicie w utilitaryzmie i etyce sytuacyjnej. Obie etyki różnią się spo-

¹³ Z. Szawarski: *Bioetyka...*

¹⁴ T. Ślipko: *Granice życia...*, s. 405.

sobem formułowania ocen i norm dotyczących sytuacji bioetycznych oraz uzasadnianiem swoich stanowisk. Odmienność ocen, norm i argumentacji ma swoje źródło filozoficzne – obie etyki wychodzą z odmiennych założeń filozoficznych (antropologicznych, teoriopoznawczych). **Bioetyka chrześcijańska** opiera się na spirytualistycznej i teistycznej koncepcji człowieka, **bioetyka relatywistyczna** ma u podstaw materialistyczną oraz naturalistyczną koncepcję człowieka – stąd różne ujęcia istoty człowieka, jego miejsca w świecie, celu i sensu życia.

Z uwagi na pluralizm światopoglądowy współczesnych społeczeństw można powiedzieć, że „tyle jest bioetyk, ile jest etyk”¹⁵. Zaistnienie dwóch podstawowych ujęć bioetyki (szerokiego – ekologicznego i wąskiego – medycznego) wiąże się z okolicznościami powstania tej dyscypliny. V.R. Potter, onkolog pracujący w University of Wisconsin w Madison (USA), jako jeden z pierwszych zaproponował nazwę dla nowej dyscypliny naukowej. Jego ujęcie bioetyki ma charakter ekologiczny i globalny. W dobie kryzysu cywilizacji, degradacji środowiska naturalnego oraz obniżenia jakości życia potrzebna jest – zdaniem Pottera – nowa nauka stanowiąca pomost między naukami biologiczno-eksperymentalnymi a naukami etyczno-antropologicznymi. Inaczej mówiąc, bioetyka ma być pomostem między kulturą scjentyficzną a kulturą humanistyczną – wiedza biologiczna ma służyć poprawie jakości życia zgodnie z humanistycznym i całościowym ujęciem życia na ziemi (dobro człowieka, przetrwanie życia na odpowiednim poziomie jest związane z zachowaniem równowagi ekosystemu). To, na czym polega odpowiedzialne postępowanie człowieka, określił Potter w „bioetycznym *credo* dla jednostki”¹⁶. Zawiera ono pięć zasadniczych wskazań: 1) w świecie pogrążonym w kryzysach należy nawiązać szeroką współpracę na rzecz stworzenia warunków przeżycia ludzkości, 2) każdy powinien prowadzić takie życie, które przyczyni się do stworzenia lepszych warunków przyszłym pokoleniom i unikać takich działań, które mogą w swych konsekwencjach zagrażać przyszłym pokoleniom, 3) należy akceptować niepowtarzalność każdego człowieka i ludzkie dążenie do ulepszenia grupy społecznej – należy wsluchiwać się w racje innych ludzi i być emocjonalnie zaangażowanym w działanie, 4) cierpienie jest stałym elementem przyrody, ale wobec człowieka cierpiącego mamy obowiązki łagodzenia, eliminowania cierpień, 5) śmierć należy akceptować jako nieuchronny element życia, jednocześnie promować postawę szacunku dla życia, braterstwa między ludźmi i odpowiedzialności wobec przyszłych pokoleń. W 1988 r. Potter przedstawił

¹⁵ R. Otowicz: *Etyka życia. Bioetyczny i teologiczny kontekst problematyki życia poczętego*. Kraków 1998, s. 36.

¹⁶ V.R. Potter: *Bioethics. Bridge to the Future*. New Jersey 1971, s. 196, podaję za: R. Otowicz: *Etyka życia...*, s. 21–22.

koncepcję bioetyki globalnej obejmującej zarówno zagadnienia medyczne (ratowanie życia, leczenie oraz promocja zdrowia), jak i kwestie ekologiczne (warunki oraz sposoby życia gatunku ludzkiego prowadzące do przetrwania ludzkości, jakość życia jednostki i gatunku ludzkiego a jakość środowiska naturalnego). Chociaż Potterowska koncepcja bioetyki – jak wskazuje R. Otowicz – miała charakter naturalistyczny, biologistyczny, laicki (odrzucał argumenty religijne), zakładano w niej konieczność zbudowania pomostu między religią i nauką. Sam Potter za taką próbę uznał koncepcję P. Teilharda de Chardin oraz encyklikę *Sollicitudo rei socialis* Jana Pawła II. Do poglądów zbliżonych do Pottera – zdaniem R. Otowicza – można zaliczyć ekologię głęboką A. Naessa, etykę odpowiedzialności H. Jonasa, ekofilozofię H. Skolimowskiego. Do idei bioetyki jako pomostu między naukami eksperymentalnymi a naukami humanistycznymi nawiązują przedstawiciele Instituto Borja de Bioética w Barcelonie.

W rozwoju bioetyki znaczącą rolę odegrały dwa instytuty Hastings Center oraz Kennedy Institute. W 1969 r. powstał w pobliżu Nowego Jorku Institute of Society, Ethics and the Life Sciences, znany jako Hastings Center. Twórcami tego ośrodka badawczego byli filozof D. Callahan oraz psychiatra W. Gaylin. Na początku działalności z ośrodkiem współpracowało kilku uczonych. W roku 1973 było ich już 300, obecnie liczy 15 tys. członków, z czego 1500 to wykładowcy wyższych uczelni. Od 1971 r. centrum wydaje periodyk „Hastings Center Report” uznawany za czołowe pismo bioetyczne. Początkowo ośrodek stawiał sobie trzy zadania: 1) analizę pod względem etycznym, społecznym jak również prawnym problemów związanych z rozwojem medycyny i biologii, 2) udzielanie pomocy wyższym uczelniom w tworzeniu programów nauczania, 3) dostarczanie zainteresowanym instytucjom informacji o aktualnych problemach bioetycznych. W ciągu lat pracy program badań uległ rozszerzeniu o zagadnienia polityki sanitarnej, etyki zawodowej, medycyny pracy, etyki wojskowej, kryminologii. Hastings Center jest ośrodkiem niezależnym, kieruje się zasadami etyki laickiej, a bioetyka ma tu wymiar głównie medyczny. Z kolei The Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics uznawany jest za miejsce powstania akademickiej bioetyki medycznej. Jego twórcą był A. Hellegers (1926–1979), fizjolog i embriolog. Do 1967 r. pracował w John Hopkins University w Baltimore, w tym okresie został mianowany członkiem Papieskiej Komisji ds. Rodziny, Zaludnienia i Rozrodczości przygotowującej encyklikę *Humanae vitae*. Po odrzuceniu projektu „komisji większości” Hellegers przeniósł się do jezuickiego Uniwersytetu Georgetown, gdzie prowadził badania demograficzne. Hellegers, pod wpływem koncepcji Pottera i poglądów Ramseya, w 1971 r. założył, przy wsparciu rodziny Kennedych, ośrodek bioetyki podejmującej zagadnienia demograficzne, medyczne i ludzkiej prokreacji. Kennedy Institute powstał jako

ośrodek bioetyki akademickiej z intencją powiązania ze sobą religijnej i świeckiej filozofii, etyki, medycyny. Z ośrodkiem współpracowało wielu filozofów (T.L. Beauchamp, J.F. Childress, W.T. Reich, E.D. Pellegrino) i teologów (B. Häring, R. McCormick, Ch. Curran, S. Hauerwas, J. Fuchs).

Pod wpływem obu ośrodków – jak uważa R. Otowicz – „bioetyka w skali światowej stała się prawie wyłącznie odmianą etyki medycznej skupiającej się na problematyce nowych biotechnologii, zwłaszcza w zakresie ludzkiej prokreacji i inżynierii genetycznej. Nastąpiło w niej przesunięcie akcentu z perspektywy ogólnoludzkiej, ekologiczno-biologicznej na wymiar kliniczny i kazuistyczny.”¹⁷

W zależności od obecności w bioetyce konkretnych teorii etycznych można dzielić bioetykę na wiele nurtów czy stanowisk. R. Otowicz dostrzega następujące zróżnicowanie¹⁸:

- ekocentryzm (egoistyczny, antropocentryczny, biocentryczny, patocentryczny, holistyczny),
- subiektywizm i relatywizm przyjmujący absolutne poszanowanie autonomii i wolności człowieka (np. U. Scarpelli),
- utylitaryzm (np. pryncypializm Beauchampa i Childressa),
- kontraktalizm odwołujący się do pluralizmu teorii etycznych, poszukujący uzasadnienia norm postępowania w umowie społecznej (np. T. Engelhardt),
- personalizm katolicki (personalistyczna etyka cnoty lekarskiej E.D. Pellegrino i D.C. Thomasa; bioetyka personalistyczno-ontologiczna E. Sgreccia, T. Ślipki; ewangelia życia i pedabioetyka Jana Pawła II i G. Russo).

Sama klasyfikacja orientacji obecnych w bioetyce może być przedmiotem osobnej dyskusji. W tej chwili, nie wnikając w zasadność takich czy innych ujęć głównych nurtów obecnych w bioetyce, pragnę zwrócić uwagę na pojawiające się tutaj pytania. Skoro w bioetyce istnieją różne (także przeciwstawne) stanowiska i orientacje, to czy możliwe jest osiągnięcie porozumienia w rozpatrywaniu poszczególnych kwestii? Czy nadzieja na to, że dyskusje bioetyków doprowadzą do jednoznacznych odpowiedzi na nurtujące ludzkość pytania, nie jest złudna? Czym różni się bioetyka od tzw. etyki tradycyjnej (klasycznej), w której mamy do czynienia z wielością koncepcji, stanowisk i niekończących się sporów? Mówiąc krótko, czy bioetyka może być skuteczna w rozwiązywaniu problemów moralnych współczesności, czy może spełnić zadanie, dla którego została powołana do istnienia? Można też zapytać, czy jest sens odróżniania bioetyki od etyki tradycyjnej?

¹⁷ R. Otowicz: *Etyka życia...*, s. 32–33.

¹⁸ Ibidem, s. 35–78.

Etyka tradycyjna a bioetyka

Idąc śladem propozycji Marka Fritzlanda¹⁹, etykę tradycyjną pojmuję jako zespół tych teorii etycznych i kodeksów moralnych, które zajęły uznane miejsce w tradycji etycznej oraz miały znaczący wpływ na kulturę moralną przynajmniej w naszym kręgu kulturowym. M. Fritzland traktował nowe koncepcje etyczne jako kontynuację etyki tradycyjnej (jest to etyka tradycyjna w nowej, odpowiadającej naszej epoce postaci). W zasadzie zgadzam się z tezą, że nie można przeciwstawiać etyki tradycyjnej etyce współczesnej (tzw. nowym etykom: ekologicznej, bioetyce, etyce globalnej czy uniwersalnej). Widzę jednak pewne różnice w sposobie ujmowania człowieka i świata. Etyka tradycyjna zwracała się do poszczególnych ludzi lub grup (klas, elit, zawodów, narodów, wyznawców określonej religii), w tym sensie miała ograniczony zasięg. Koncepcje zaliczane do etyki tradycyjnej interesowały się życiem osobistym lub społecznym bez szerszej cywilizacyjnej perspektywy. Najczęściej podejmowały problem szczęścia, doskonałości osobistej, współżycia społecznego, a pomijały często stosunek człowieka do przyrody ożywionej oraz nieożywionej, świat oraz człowiek były ujęte jako niezmiennie byty. Etyki współczesne (w tym bioetyka) mają ambicje objąć swoim zasięgiem całą ludzkość (chyba że bioetykę ograniczymy do etyki medycznej). Stawiają sobie za cel dobro ludzkości jako wspólnoty cywilizacyjnej i kulturowej. Podejmując najważniejsze problemy współczesności, są bliższe życiu i wiedzy niż etyka tradycyjna (wiedza z zakresu różnych dyscyplin jest koniecznym fundamentem ustaleń normatywnych). W etykach współczesnych dostrzega się zmienność świata i człowieka, a jeśli nawet zakłada się jakieś niezmiennie fundamenty bytu, nie neguje się zmian, jakie spowodowała działalność człowieka – pojawienia się nowych sytuacji i problemów. Perspektywa współczesnych etyk jest znacznie szersza od perspektywy etyki tradycyjnej – jest nią los cywilizacji i kultury ogólnoludzkiej, a pod uwagę bierze się skutki działań w skali globalnej lub masowej.

Pomimo tych różnic w etykach współczesnych można dostrzec kontynuację etyki tradycyjnej, bo łączy je troska o człowieka i refleksja normatywna. Nadal chodzi w etyce o ustalenie powinności moralnych. Nadal, może nawet w większym stopniu, nie jest ona wolna od konfliktów i dramatycznych wyborów. Stąd też można traktować bioetykę jako kontynuację etyki tradycyjnej z zastrzeżeniami, że: 1) jest ona próbą zastosowania stanowisk etycznych do nowych problemów moralnych, 2) nazwa „bioetyka” najczę-

¹⁹ M. Fritzland: *O etyce globalnej*. W: *Etyka. Pisma wybrane*. Red. P.J. Smoczyński. Wrocław-Warszawa-Kraków 1990.

ściej oznacza zasięg rozważań normatywnych (jest to etyka normatywna stosowana do oceny ingerencji człowieka w procesy życiowe), choć może być uprawiana jako dyscyplina opisowa lub metateoria, 3) bioetyka w większym stopniu niż etyka tradycyjna jest związana z medycyną, biologią, prawem, ekonomią, socjologią, polityką²⁰, 4) w większym stopniu niż etyka tradycyjna zajmuje się rozstrzyganiem konkretnych problemów praktycznych.

Znaczenie bioetyki w rozwiązywaniu współczesnych problemów moralnych

Bioetycy zdają sobie sprawę, że postęp naukowy ma różne oblicza: 1) niesie nadzieję i umożliwia rozwiązanie wielu problemów ludzkości (leczenie chorób, likwidacja cierpienia, przedłużenie długości i podniesienie poziomu życia), 2) stwarza nowe problemy, których tradycyjny system wartości nie jest w stanie rozwiązać, 3) przyczynia się do powstania zagrożeń istnienia ludzkości i świata. Nauka może równie dobrze służyć dobrem i złym celom, kontrola jej rozwoju oraz zastosowań, jak też żądanie, by etyczne rozważania o tym, co wolno, a czego nie wolno badaczowi, miały wpływ na praktykę badawczą, wydają się zasadnymi postulatami. Czy jednak jest to możliwe i jak to zrobić?

Zbigniew Szawarski²¹ dostrzega w bioetyce dwa sposoby dochodzenia do decyzji w kwestiach kontrowersyjnych: 1) działalność komisji i komitetów etycznych, 2) dyskusje o ogólnych zasadach jak również wartościach prowadzone na łamach specjalistycznych czasopism i na międzynarodowych konferencjach bioetycznych.

Pierwszy sposób rozstrzygania problemów ocenia pozytywnie. Komisje i komitety etyczne skupiające ludzi o różnych światopoglądach bądź specjalnościach, jeśli tylko nie stawiają pytań ogólnych, lecz starają się analizować konkretne problemy praktyczne, osiągają optymalne rozwiązania oraz

²⁰ J. Bernard uważa, że polityka powinna być oddzielona od bioetyki, bo taki związek może prowadzić do zbrodni. Przyznaje jednak, iż kwestia zakresu władzy politycznej jest pełna dwuznaczności i że niekiedy naruszanie osobistych praw przez władze jest moralnie do przyjęcia. Zob. *Idem: Od biologii do etyki. Nowe horyzonty wiedzy, nowe obowiązki człowieka*. Warszawa 1994, s. 153–155.

²¹ Z. Szawarski: *Bioetyka...*

formułują je w postaci zasad postępowania. Ustalenia te nie mają wprawdzie charakteru norm prawnych ani nawet moralnych, ale wyprzedzają rozstrzygnięcia prawne, kształtują opinię publiczną i mogą mieć znaczący wpływ na ustawodawców. Mają też pewien wpływ na praktykę badawczą. Świadczy o tym choćby działalność komisji prezydenckiej w Stanach Zjednoczonych, która opublikowała wiele tomów zawierających określone oraz powszechnie aprobowane w Stanach Zjednoczonych rozstrzygnięcia dotyczące m.in. definicji śmierci, podtrzymywania osób nieuleczalnie chorych, eksperymentów na człowieku, stosowania zapłodnienia *in vitro*. Prace tej komisji ujawniają – zdaniem Szawarskiego – że w wielu konkretnych kwestiach poglądy ludzi są bardzo podobne pomimo różnic w ich światopoglądzie, a także iż możliwe jest uzgodnienie zasad postępowania. Jest to pocieszające, bo potwierdza możliwość porozumienia między ludźmi o różnych orientacjach światopoglądowych, jak też świadczy o praktycznym znaczeniu prac komisji i komitetów etycznych.

Natomiast drugi sposób dochodzenia do ustaleń – jak sądzi Szawarski – jest mało obiecujący. Kiedy dyskutuje się nad kwestiami ogólnymi (np. nad wartością życia, posłannictwem medycyny, zasadami sprawiedliwego podziału środków medycznych), o wiele trudniej ustalić zakres uzgodnień. Jeśli nawet dochodzi się do ustaleń, to najczęściej sprowadzają się one do ogólników: nie należy szkodzić, trzeba szanować autonomię moralną pacjenta, trzeba postępować sprawiedliwie. Nie wiadomo jednak, jak stosować te zasady w konkretnych sytuacjach: Na czym polega zasada „nie szkodzić” w razie zapłodnienia *in vitro*? Czy szacunek dla autonomii moralnej pacjenta ma się wyrażać w spełnieniu jego woli skrócenia mu życia? Czy sprawiedliwe jest eksperymentowanie na nieuleczalnie chorym człowieku?

Optymistyczne stanowisko wobec znaczenia komitetów etycznych zajmuje także Jean Bernard²². Uważa on, że komitety etyczne pozwalają uniknąć dwóch niebezpieczeństw: „dzikich”, nie uwzględniających nakazów moralnych badań, jak i nadmiernej surowości wymagań moralnych krępującej rozwój nauk. Na przykładzie francuskiego Narodowego Doradczego Komitetu Etyki ukazuje, do jakich ustaleń w poszczególnych kwestiach komitet ten doszedł, a jakie pozostały jeszcze do rozstrzygnięcia. W wypowiedziach autora ujawnia się duża nadzieja na osiągnięcie porozumienia między lekarzami, biologami, przedstawicielami innych specjalności naukowych a społeczeństwem. Bernard uznaje etykę poznania i wartości za kryterium wszelkich rozstrzygnięć podejmowanych przez komitety etyczne. Etyka ta ma łączyć szacunek dla wiedzy z szacunkiem dla osoby i jej autonomii oraz ma przewidywać możliwe korzyści oraz zagrożenia płynące z dokonanych wyborów. Tak rozumiana etyka pozwala na sprecyzowanie na-

²² J. Bernard: *Od biologii do etyki...*

stępujących, podstawowych zasad etycznych rządzących pracą komitetów: 1) należy szanować wiedzę naukową, 2) doświadczenia na ludziach mogą być podejmowane tylko wtedy, gdy mogą wnieść pożądane rozwiązania, 3) ciało ludzkie nie może być przedmiotem handlu, 4) należy rozważyć bilans ryzyka i korzyści w zależności od tego, czy badanie dotyczy chorego, czy zdrowego człowieka, 5) konieczna jest wolna, świadoma zgoda biorących udział w próbach terapeutycznych, 6) zdrowych i chorych łączy solidarność. Przyjęcie tych zasad – jak uważa Bernard – umożliwi osiągnięcie porozumienia między ludźmi o różnych orientacjach światopoglądowych. Zadaniem komitetu jest nie tylko rozstrzyganie szczegółowych przypadków, lecz także prowadzenie badań całościowych szerokiego zakresu problemów biologicznych i medycznych (np. eksperyment z lekami, prokreacja medycznie wspomagana, inżynieria genetyczna).

Chociaż J. Bernard przywiązuje dużą wagę do prac komitetów etycznych (lokalnych, regionalnych, narodowych, międzynarodowych), przyszłość bioetyki widzi w szeroko pojętym nauczaniu młodzieży (poziom średni i wyższy), a także doszkalananiu dorosłych przez akcje otwartych drzwi bioetyki, sesje naukowe dla lekarzy, pielęgniarek, urzędników, dziennikarzy. Nauczanie bioetyki – jak sądzi – umożliwi dotarcie do szerokich kręgów społeczeństwa, tym samym bioetyka nie będzie własnością komitetów etycznych. W przyszłości staną się zbędne stałe komitety etyczne, bo obywatele – odpowiednio poinformowani i dysponujący wiedzą etyczną – będą sami kształtowali i wypowiadali swoje opinie.

Interesujące uwagi o sposobach rozwiązywania problemów bioetycznych wypowiadają Peter Singer i Dean Wells²³. Za najlepszą metodę rozstrzygania problemów bioetycznych uznają dyskusję i racjonalną argumentację, nie zaś dyktat czy pozostawienie spraw swojemu biegowi. Świadomi są jednak trudności, jakie stoją na przeszkodzie w osiąganiu porozumienia oraz w wypracowaniu nieomylnych odpowiedzi na pytania moralne. Pluralizm i tolerancja nie wystarczą, by demokratycznie rozstrzygać kwestie moralne. Odwołanie się do większości społecznej nie stanowi dobrego rozwiązania – jest to niezgodne z tradycją demokracji parlamentarnej, większość może się mylić, wszyscy ludzie nie są dostatecznie poinformowani, by wybierać, nie mają też czasu na gruntowne przemyślenie każdej sprawy. Dlatego demokratyczny rząd prędzej powoła specjalną komisję do zbadania sprawy, niż ogłosi plebiscyt. Komisje etyczne dają szanse na kompetentne doradztwo, często jednak są powoływane po to, by zneutralizować problem, a rząd ogranicza się jedynie do przyjęcia orzeczeń komisji. Komisje, jeśli grupują przedstawicieli różnych grup społecznych, oddają w jakimś stopniu pluralizm społeczny, lecz czy mogą wypracować wspólne stanowisko w kontrowersyjnej

²³ P. Singer, D. Wells: *Dzieci z probówki...*, s. 202–213.

kwestii? Zdaniem autorów jest to możliwe, ale będzie okupione sprzecznościami i nieprecyzyznością zaleceń. Jako przykład podają raport Doradczej Komisji Etycznej amerykańskiego ministerstwa zdrowia w sprawie statusu moralnego embrionu ludzkiego. W raporcie tym spotykamy deklarację, że „embrion ludzki zasługuje na głęboki szacunek” i jednocześnie stwierdzenie, że szacunek ten „niekoniecznie oznacza przyznanie mu pełni praw stanowionych i praw ludzkich”. Jeszcze bardziej enigmatycznie brzmi określenie „dopuszczalne z etycznego punktu widzenia”. Zdaniem komisji należy je rozumieć jako „etycznie uzasadnialne, choć także kwestionowane, i to nie bezzasadnie”. Ten przykład, zdaniem autorów, zdaje się świadczyć, że pluralizm i konsensus są nie do pogodzenia. Może więc lepiej powoływać komisje złożone z ekspertów (także etycznych), zamiast żądać pełnej reprezentacji wszystkich grup społecznych? Takie rozwiązanie – zastrzegają – jest do przyjęcia tylko dla tych, którzy zakładają, że rozum i rozumowanie logiczne są ważne w etyce. Warunkiem fachowości w etyce jest: 1) zdolność do logicznego myślenia pozwalająca uniknąć błędu we własnym rozumowaniu i wykryć błędy w rozumowaniu innych, 2) zrozumienie istoty etyki oraz pojęć moralnych, 3) orientacja w faktach dotyczących danej sprawy. Fachowość w etyce jest możliwa i nie ogranicza się do ludzi o szczególnych talentach czy kwalifikacjach naukowych – może ją osiągnąć każdy człowiek o pewnym poziomie inteligencji, a także po odpowiednim przygotowaniu. Wzrost tak rozumianej fachowości etycznej ma duże znaczenie dla udziału ludzi w dyskusjach nad kwestiami etycznymi.

Wnioski końcowe, do jakich dochodzą Singer i Wells, są następujące. Jeśli uznamy, że niektóre problemy (np. zapłodnienia zewnętrznego, macierzyństwa zastępczego, inżynierii genetycznej, doświadczeń na ludziach) są istotne i nie można ich pozostawić przypadkowi czy grze sił rynkowych, niezbędne jest ich rozstrzyganie nie poprzez doraźne, tymczasowe komisje, lecz przez komisję stałą i o zasięgu krajowym. Taka komisja bioetyczna miałaby za zadanie inspirować dyskusje społeczne, informować społeczeństwo o istniejących problemach. Osiąganie przez komisję konsensusu nie wydaje się konieczne, bo niektóre poglądy wzajemnie się wykluczają. Rezygnując z pogodzenia wszystkich istniejących opinii, komisja mogłaby opierać swoje zalecenia na ogólnych zasadach etycznych możliwych do przyjęcia przez wszystkich. Z góry wyklucza to odwoływanie się do prawdy objawionej, sięganie do teorii natury ludzkiej czy opieranie zaleceń na wierze w nieśmiertelną duszę. Można też poszukiwać takich ogólnych zasad etycznych, które nie należą tylko do jednej teorii etycznej, można odwoływać się np. do zasady dobra powszechnego, sprawiedliwości, równości czy praw człowieka. W pracach komisji nie jest ważne osiągnięcie jednomyślności w pojmowaniu konkretnego zalecenia, lecz wypracowanie norm logicznych umożliwiających innym ludziom prześledzenie toku rozumowania komisji i (na podstawie

oceny jego racjonalności) akceptacja proponowanych zaleceń lub ich odrzucenie. Skuteczność prac komisji zależy od doboru jej składu – od fachowości i zdolności do rozumowania jasnego oraz wolnego od uprzedzeń jej członków. Dobór składu komisji według „klucza” jest nieporozumieniem. Komisja nie może być instancją ostateczną w rozstrzyganiu problemów – rząd może jej zalecenia odrzucić. Singer i Wells mają nadzieję, że jeśli stanowisko komisji będzie w pełni udokumentowane i racjonalnie uzasadnione, to wystarczy, by przekonać rząd do podjęcia odpowiednich decyzji. Autorzy zdają sobie sprawę, że zalety komisji ekspertów nie ustrzegą przed możliwością katastrofalnych pomyłek, mają jednak nadzieję, że w wypadku innej metody rozstrzygania kontrowersji moralnych niebezpieczeństw takich byłoby więcej.

*

Przedstawione powyżej wypowiedzi bioetyków pozwalają żywić umiarkowany optymizm w sprawie możliwości rozstrzygania kontrowersji moralnych oraz wpływu refleksji bioetycznej na praktykę badawczą, ustawodawstwo i opinię publiczną – optymizm umiarkowany, bo entuzjazm do prac różnych komisji etycznych jak również możliwości szerokiej edukacji społeczeństwa jest wsparty na wyidealizowanym obrazie człowieka jako istoty racjonalnej, zrównoważonej, tolerancyjnej i pokojowej. Wypowiedzi wszystkich autorów łączy przekonanie, że problemy moralne współczesnej cywilizacji mogą i muszą być podejmowane na drodze rzeczowej, racjonalnej dyskusji, w której każda orientacja moralna będzie mogła przedstawić swoje argumenty, a także konfrontować je z argumentami innych orientacji. Konfrontacja ta nie ma polegać na uzasadnianiu, że tylko jedna teoria jest słuszna, prawdziwa, lecz na próbach poszukiwania kompromisowych rozstrzygnięć. Zakłada się tutaj, że taki kompromis jest możliwy, o ile biorący udział w dyskusji porzucą postawy fundamentalistyczne na rzecz demokratycznego i racjonalnego rozważania poszczególnych kwestii. W takiej otwartej postawie nie chodzi o to, by ludzie rezygnowali z poglądów, które uznają za słuszne, lecz aby byli gotowi poddawać je krytyce i mieli świadomość, że mogą się mylić. Taka postawa pozwala łączyć ze sobą różne zasady etyczne, ale nie jest ona na tyle powszechna, by nadawała kierunek dyskusjom. Możliwość dokonywania wyborów moralnych oraz osiągania porozumienia między ludźmi o różnych orientacjach światopoglądowych jest u cytowanych autorów uzasadniana przekonaniem, że w podstawowych kwestiach moralnych intuicje moralne ludzi są bardzo podobne i że racjonalna argumentacja ma większą siłę oddziaływania na ludzkie poglądy bądź postawy niż przemoc, przyzwyczajenie czy zaufanie do autorytetów. Nie neguję, że tak bywa, ale i ta druga zależność występuje często. Poza tym można wątpić,

czy istnieje jeden kanon racjonalności moralnej. Poza grupą ludzi o postawie otwartej istnieje spora grupa nieprzejednanych przeciwników jakiegokolwiek kompromisu w kwestiach moralnych. Ludzie przekonani, że znają właściwe odpowiedzi na wszystkie moralne pytania, nie potrzebują ani nie widzą sensu w próbach uzgodnienia różnych stanowisk moralnych. Cały swój wysiłek kierują raczej na wykazanie, też na drodze racjonalnej argumentacji (!), że to inni się mylą²⁴.

Zgadzam się, że komisje bioetyczne są potrzebne w społeczeństwach demokratycznych, ale i w nich może się pojawić groźba, że narzucą poglądy tylko jednej strony w sporze. Zbyt duża liczba komisji może prowadzić do wydawania sprzecznych z sobą zaleceń. Najrozsądniejsze wydaje się tworzenie komisji przy parlamencie. Komisja taka, być może stała, miałaby głos doradczy w procedurze legislacyjnej (w sprawach, które wymagają unormowań prawnych) i w podejmowaniu decyzji przez administrację państwową. Podzielam pogląd, iż bioetyka nie może być domeną ekspertów, choćby dlatego, że problemy, którymi się zajmuje, dotyczą wszystkich, a toczony w niej spory mają konsekwencje praktyczne. Nie są to tylko rozważania akademickie, które, jeśli nawet nie przyniosą nikomu pożytku, to też specjalnie nie zaszkodzą – sposób rozstrzygania poszczególnych kwestii i podjęte decyzje mają niejednokrotnie wpływ na losy wielu ludzi (niezależnie od tego, czy sami o tym wiedzą i czy sobie tego życzą). Stąd też edukacyjna rola bioetyki wydaje mi się równie ważna jak rozważania prowadzone na poziomie akademickim czy opracowanie zasad postępowania w spornych przypadkach. Jeśli bowiem diagnoza Zygmunta Bauman²⁵ głosząca, że źródła etyki heteronomicznej mają coraz mniejsze znaczenie i że po *erze etyki* nadchodzi *era moralności* (czas autonomii i odpowiedzialności moralnej), okaże się trafna, przygotowanie ludzi do autonomicznych wyborów moralnych może mieć istotny wpływ na kształt całych społeczeństw.

²⁴ Przykładem takiej postawy są wypowiedzi A. Pardo, H. Thomasa (zamieszczone w: „Ethos” 1994, nr 25/26), w których dominuje wrogość do bioetyki świeckiej i chęć wykazania, że wszystkie poglądy bioetyków o orientacji utylitarystycznej są fałszywe, a ich intencje złe.

²⁵ Z. Bauman: *Dwa szkice o moralności ponowoczesnej*. Warszawa 1994.

Rozdział II

Wartość życia

Skoro bioetyka ma ustalać normy moralne dotyczące ingerencji człowieka w naturalne procesy życia, musi ona odpowiedzieć na pytania: Co to jest życie? Na czym polega moralna wartość życia i czy przysługuje ona tylko życiu ludzkiemu? Jakie moralne wartości mogą być potwierdzone lub pogwałcone w akcie ingerencji w proces powstawania życia, jego trwania i kresu?

Co to jest życie?

Na to pytanie można odpowiadać różnie. Inaczej ujmuje życie poeta, inaczej filozof czy teolog. Skoro istnieje nauka o życiu, zobaczmy, jak definiują życie biologowie. Okazuje się jednak, co sami podkreślają¹, że pojęcie życia, zagadnienie jego powstania i ewolucji nie da się ująć w proste definicje. Dla biologa życie jest zjawiskiem, które można badać z użyciem metod naukowych. Pojęcie życia jest abstrakcją i nazwą oznaczającą żywe organizmy. Badając konkretne byty, które chce odróżnić od reszty świata materialnego, biolog koncentruje się na wyliczeniu najważniejszych cech żywych organizmów czy systemów. To jednak okazuje się niewystarczające, by odróżnić to, co żywe od nieżywego. Oto przykłady definicji organizmu żywego.

¹ C.A. Ville: *Biologia*. Warszawa 1978, s. 17; F. Dyson: *Początki życia*. Warszawa 1993, s. 8–18, 95–102.

1. Żywy organizm to „hierarchiczny porządek systemów otwartych, który utrzymuje się sam przez się poprzez wymianę swoich składników dzięki właściwym mu warunkom systemowym”². Formuła ta odpowiada intuicjom potocznym. Wiemy, że trup nie jest żywym organizmem, nawet jeśli jeszcze zachodzą w nim procesy biochemiczne.

2. Żywy organizm „to taki system, który rozmnaża się, podlega mutacjom oraz reprodukuje owe mutacje”³. Ta definicja wydaje się zbyt szeroka – istnieją zdolne do reprodukcji systemy naturalne (kryształy, płomień), które na mocy tej definicji należałoby uznać za żywe; nie podaje charakterystyki biochemicznej życia – wobec tego każdy system naturalny zdolny do reprodukcji, lecz oparty na innych wiązaniach niż węglowe (np. krzemowych), należałoby uznać za żywy.

3. X jest żywe, jeśli zdolne jest do przechowywania oraz replikacji informacji, a także kontroli najbliższego otoczenia⁴. Formuła ta obejmuje także pewne substancje nieorganiczne (substancje mikrokryształiczne), do organizmów żywych pozwala zaliczyć wirusy, które posiadają zdolny do replikacji kwas nukleinowy, ale zdolność ta nie zawsze się ujawnia.

4. X jest żywym systemem, jeśli spełnia następujące warunki biochemiczne: „a) zdolność do syntezy: żywe systemy przekształcają różne formy energii w energię chemiczną ATP (kwas adenylotryjfosforowy), która z kolei stanowi siłę napędową reakcji syntezy makromolekuł w celu podtrzymania istnienia i rozwoju systemu; b) zdolność do samoregulacji: żywe systemy zawierają treść informacyjną w postaci DNA, który steruje procesami syntezy polimerów i rozkładu monomerów, zachodzącymi poprzez regulację syntezy protein; c) zdolność do przystosowania genetycznego: żywe systemy zachowują swą identyczność niezależnie od środowiska (choć w jego obrębie), będąc z natury zdolne do przystosowania do nowego środowiska bądź udoskonalenia swojej sprawności w tym samym środowisku drogą przypadkowych zmian we właściwej im treści informacyjnej. Słowem, żywe systemy podlegają zmianom ewolucyjnym.”⁵ Definicja ta stanowi syntezą definicji drugiej i trzeciej, a jej celem jest uchwycenie cech swoistych życia w warunkach ziemskich.

² L. von Bertalanffy: *Problems of Life*. New York 1952, s. 129; cytuję za: Z. Szawarski: *Wartość życia*. W: *W kręgu życia i śmierci*. Red. Z. Szawarski. Warszawa 1987, s. 52.

³ Ph. Handle: *Biology and the Future of Man*. New York–London–Toronto 1970, s. 165; cytuję za: Z. Szawarski: *Wartość...*, s. 53.

⁴ A.G. Cairns-Smith: *Synthetic Life for Industry*. In: *The Encyclopaedia of Ignorance*. Eds. R. Duncan, M. Weston-Smith. Oxford–London–Sydney–Toronto 1977, s. 406, cyt. za: Z. Szawarski: *Wartość...*, s. 53.

⁵ R.W. Korn, E.O. Korn: *Contemporary Perspectives in Biology*. New York–London–Sydney–Toronto 1971, s. 459, cyt. za: Z. Szawarski: *Wartość...*, s. 53–54.

5. „X jest żywym systemem wtedy i tylko wtedy, jeżeli posiada co najmniej jedną cząstkę zdolnego do replikacji kwasu nukleinowego.”⁶ W myśl tej definicji należałoby zaliczyć do organizmów żywych także wirusy, na co nie chcą się zgodzić niektórzy biolodzy.

Podane wyżej, najczęściej stosowane w biologii definicje żywych organizmów (systemów) uwidaczniają, że nie ma jednego pojęcia życia. Biologowie, choć zajmują się badaniem życia, mają kłopoty z ustaleniem zakresu pojęcia „żywy organizm”. Do niedawna uważano, że życie można zdefiniować przez wyliczenie takich cech organizmów, jak: zdolność do odżywiania się, przemiany materii, wzrost, oddychanie, rozmnażanie się. Okazało się, że wiele tych cech mogą mieć złożone układy mechaniczne, dlatego biolodzy często definiują życie jako proces metaboliczny. Zgodnie z tym pojmowaniem życia układ żywy jest systemem wydzielonym przestrzennie, zdolnym do utrzymania przez jakiś czas swojej struktury, wymieniającym swe składniki z otoczeniem. Ale i ta definicja nie pozwala odróżnić układów żywych od martwych. Pogłębieniem definicji określającej życie jako proces metaboliczny jest definicja określająca życie jako układ termodynamicznie otwarty – taki, w którym dopływ energii z zewnątrz pozwala na uporządkowanie i w drodze ewolucji dąży do wzrostu komplikacji. Uznanie, że zjawisko ewolucji ma zasadnicze znaczenie w zrozumieniu życia, doprowadziło do pojmowania życia jako zdolności do autoreplikacji, samoodtworzenia się zgodnie z zapisem genetycznym zawartym w genach zbudowanych z kwasów nukleinowych. W zależności od tego, czy życie pojmuje się jako metabolizm, czy (także) jako replikację można stawiać hipotezę pojedynczego lub podwójnego początku życia⁷.

Właściwie każda dziedzina nauk biologicznych dysponuje własną definicją życia – inaczej definiują życie genetycy, inaczej biochemicy czy biologowie zajmujący się genezą życia na Ziemi lub możliwością istnienia życia w przestrzeni międzygwiazdnej. Istnieje wiele definicji życia. Każda z nich ustala jego zakres, natomiast wybór jednej z nich zależy od indywidualnych przekonań filozoficznych oraz rozwoju nauk ścisłych (wiedza o świecie poszerza się i zmienia, odpowiednio do niej zmieniają się funkcjonujące w nauce definicje). Czy na podstawie przedstawionych pięciu definicji biologicznych można sformułować jedną filozoficzną definicję życia? Chyba nie. Wprawdzie wszystkie wskazują na jakąś cechę szczególną, którą można zinterpretować filozoficznie, ale możliwości interpretacji mamy tu wiele. Na gruncie filozofii arystotelesowskiej i tomistycznej życie będzie rozumiane jako zdolność do immanentnych czynności substancjalnych i poznawczych. Kartezjańska filozofia, dokonując odsepa-

⁶ I. Asimow: *Nauka z lotu ptaka*. Warszawa 1967, s. 62–63, cyt. za: Z. Szawarski: *Wartość...*, s. 54.

⁷ F. Dyson: *Początki życia...*, s. 15–18.

rowania czynności substancjalnych od poznawczych, przypisze te pierwsze organizmowi, a drugie duszy. Utylitaryzm raczej położy nacisk na takie czynności, jak zdolność do posiadania interesów, zdolność do odczuwania bólu. Dla bioetyki nie jest istotne, czy organizm ma zdolność do metabolizmu, czy replikacji. Ustalenie, że X jest żywym organizmem, logicznie nie prowadzi do wniosku, iż przysługuje mu szczególna wartość moralna. Inaczej mówiąc, w bioetyce życie należy do porządku aksjologicznego, a nie biologicznego.

Życie jako wartość

Gdyby nawet udało się sformułować jedną powszechnie aprobowaną przez biologów definicję życia, nie rozwiązałoby to problemu wartości życia. Nadal pytalibyśmy: Jakie własności tak czy inaczej zdefiniowanego życia miałyby decydować o jego szczególnej wartości? Jeśli uznamy, że jedyną właściwą definicją życia jest formuła piąta, to nadal możemy pytać: Czy rzeczywiście każdy organizm, który ma przynajmniej jedną zdolną do replikacji cząsteczkę kwasu nukleinowego, ma jednocześnie szczególną wartość? Zdaniem Z. Szawarskiego⁸ na to pytanie trzeba odpowiedzieć negatywnie. Stwierdzenie, że żywy organizm ma takie czy inne własności naturalne, nie pociąga za sobą twierdzenia, że przysługuje mu szczególna wartość (wartość wewnętrzna) i przysługują mu szczególne prawa moralne. Podobnie jak twierdzenie „ten gaz jest tlenem” nie pociąga za sobą twierdzenia, że gaz ten ma jakąś wartość. „Życie jest koniecznym warunkiem istnienia i trwania innych wartości. Nie znaczy to jednak wcale, że coś, co jest koniecznym warunkiem istnienia innych wartości, nabiera przez to wartości szczególnej. Tlen, wodór, węgiel, azot, fosfor należą z pewnością do tych pierwiastków, bez których nie byłoby w ogóle możliwe pojawienie się życia na ziemi oraz nasze indywidualne istnienie. Nikt jednak, jak się wydaje, nie będzie skłonny twierdzić, że pierwiastki te mają wartość szczególną, jako że ich istnienie jest warunkiem koniecznym istnienia i rozwoju wszelkich organizmów żywych.”⁹ Życie samo przez się, jako przedmiot badań nauk przyrodniczych, jest takim samym obiektem jak Ziemia, Księżyc, krople wody czy kryształ górski, i nie ma żadnej wewnętrznej wartości. Skąd więc bierze się przekonanie, że życie, a szczególnie życie ludzkie ma wartość? Najkrócej mówiąc, ma ono źródło w naszej

⁸ Z. Szawarski: *Wartość...*, s. 55–56.

⁹ Ibidem, s. 56.

postawie i stosunku do świata. Nauki przyrodnicze nie ustalają oraz nie odkrywają wartości, mogą tylko zmieniać zakres obiektów, którym przypisujemy wartość. Uznanie życia za wartość jest aktem wyboru, decyzji zależnej od naszych poglądów filozoficznych, moralnych. Uczony wprowadzie też wybiera taką lub inną definicję życia, ale kieruje się wtedy względami badawczymi – uważa, że ze względu na stwierdzane przez niego własności życia lepiej jest je definiować tak a nie inaczej. Stosowane przez niego pojęcie życia ma charakter neutralny, deskryptywny (opisowy), nie zakłada żadnej decyzji moralnej. Kiedy jednak ten sam uczony chce wyjaśnić, na czym polega sens życia, to wówczas pojęcie życia ma dla niego aspekt aksjologiczny. Istnieją dwa porządki myślenia o życiu:

1. Porządek logiczny – porządek faktów i znaczeń opisowych. Wtedy życie jest tylko faktem biologicznym, a proponowane definicje życia stwierdzają takie czy inne obiektywne własności tego zjawiska.

2. Porządek aksjologiczny – porządek wartości. Coś ma wartość ze względu na pewne cechy. Na pytanie o wartość życia każdy odpowiada inaczej w zależności od kultury, w której żyje. Chodzi tu o wskazanie na takie własności naszego indywidualnego życia (np. zdolność doznawania wrażeń, samoświadomość), które sprawiają, że skłonni jesteśmy je cenić. W życiu każdego człowieka oba te porządki, jak sądzi Szawarski, przecinają się¹⁰.

Z jednej strony nasze życie indywidualne jest formą biologicznego trwania, sumą reakcji biochemicznych i jako fakt biologiczny nie ma szczególnej wartości. Z drugiej strony jest to życie istoty świadomej siebie, tworzącej wartości, doznającej wrażeń i tylko takie życie ma wartość. Jest to jednak wartość subiektywna, którą każdy na nowo odkrywa w swoim życiu, tzn. nie można jej przypisać raz na zawsze życiu wszystkich członków gatunku *homo sapiens*.

W naukach przyrodniczych pojęcie życia funkcjonuje jako pojęcie neutralne. W miarę jak oddalamy się od wymogów nauk ścisłych i przechodzimy na teren humanistyki, pojęcie życia staje się pojęciem aksjologicznym, a w sytuacjach wyborów moralnych – pojęciem moralnym.

Wartość życia ludzkiego

Norma „nie zabijaj” pełni ważną funkcję społeczną, służy potrzebie bezpieczeństwa, chroniąc dobro tak szczególnej wartości jak życie ludz-

¹⁰ Ibidem, s. 80.

kie. Z tego powodu Maria Ossowska umieściła tę normę na pierwszym miejscu w klasyfikacji norm moralnych.¹¹ W kulturze europejskiej oraz w innych kulturach ukształtowanych pod wpływem chrześcijaństwa norma ta jest sformułowana w postaci kategorycznego zakazu i ma na względzie wyłącznie ludzi. Jednakże, co łatwo zauważyć, czyni się w niej znaczne wyłomy.

Chociaż przyjmuje się, iż każdy człowiek ma prawo do życia i że zakaz zabijania jest bezwzględny, święty, jednocześnie dopuszcza się zabicie człowieka w obronie własnej, w stanie tzw. wyższej konieczności, na wojnie i w wypadku wykonania legalnie orzeczonej kary śmierci. Do uznanych wyłomów w normie „nie zabijaj” można również zaliczyć samobójstwo, eutanazję, przerywanie ciąży, choć w tych wypadkach rozbieżność poglądów jest już większa. Skąd biorą się wyłomy w normie „nie zabijaj”? Może stąd, że życie ludzkie ma różną wartość – życie przestępcy, wroga, napastnika ma mniejszą wartość niż życie niewinnego człowieka? Nie, twierdzi Szawarski¹², życie ludzkie ma wartość niezależnie od tego, jak żyje i postępuje człowiek. Co życiu ludzkiemu nadaje taką wyjątkową wartość? Istnieje tu kilka stanowisk.

1. Życie ludzkie ma wartość szczególną, bo jest życiem człowieka, istoty należącej do gatunku *homo sapiens*. Stanowisko to zakłada, że posiadanie unikalnej struktury chromosomalnej wystarcza, by organizm miał szczególną wartość. Taka teza, gdyby przy niej konsekwentnie obstawać, musiałaby wieść nas do objęcia moralną ochroną wszystkich istot żywych – przecież każdy gatunek biologiczny ma swoistą, unikalną strukturę genetyczną. Teza ta nie wystarcza do uzasadnienia wyjątkowej wartości życia ludzkiego. „A jeśli ktoś będzie obstawał, że to właśnie fakt, iż jest to ludzka struktura genetyczna, decyduje o jej wyjątkowej wartości, to używa bardzo niebezpiecznego w skutkach argumentu: tego samego, który pozwala rasiście domagać się szczególnych praw tylko dlatego, że jest człowiekiem określonej rasy.”¹³

2. Życie ludzkie jest szczególnie uświęcone, bo zostało stworzone przez Boga. To stanowisko jest wyrazem światopoglądu religijnego. Szczególna świętość życia ludzkiego ma wypływać stąd, że: a) człowiek został stworzony na obraz i podobieństwo Boga, b) życie ludzkie jest darem Boga i nikt inny nie może nim dysponować, c) posiadanie przez człowieka nieśmiertelnej duszy czyni z niego osobę, której przynależy godność i szacunek. Z religijnego punktu widzenia wszystkie dzieła boże są uświęcone (są tworem istoty doskonałej), ale nie wszystkie mają ten sam stopień doskonałości.

¹¹ M. Ossowska: *Normy moralne. Próba systematyzacji*. Warszawa 1970.

¹² Ibidem, s. 35–48; Z. Szawarski: *Wartość...*, s. 62.

¹³ Ibidem, s. 63.

Można zabijać zwierzęta, bo nie mają nieśmiertelnej duszy, a poza tym w hierarchii bytów stworzonych zajmują niższe miejsce niż człowiek (mają mu służyć, człowiek może nimi dysponować). Nie wolno nam popełnić samobójstwa, bo jest to sprzeciwianie się woli Boga. Nie wolno też dokonać zabójstwa człowieka – nie tylko człowieka niewinnego, ale także człowieka w stanie grzechu, gdyż skazujemy go tym samym na potępienie. Zasada „nie zabijaj” ma obowiązywać bezwzględnie. Nie znaczy to jednak, że nigdy nie wolno zabić człowieka – usprawiedliwione zabicie człowieka nie jest zabójstwem. Tak więc np. wolno zabić człowieka w obronie własnej, w czasie wojny sprawiedliwej wolno zabić wroga, wolno też zabić grzesznika, bo – jak uzasadniał św. Tomasz – grzesznik odstępuje od prawa bożego i dlatego zatracą swoją ludzką godność; „zabicie grzesznika może być dobre, podobnie jak zabicie zwierzęcia. Zły człowiek bowiem gorszy jest od zwierzęcia i bardziej szkodliwy”¹⁴. Stanowisko to jest proste, zdecydowane, wymaga jednak przyjęcia założeń religijnych. Ludzie wątpiący czy negujący istnienie Boga i duszy nieśmiertelnej muszą gdzie indziej szukać uzasadnień wartości życia ludzkiego.

3. Życie ludzkie ma wartość szczególną, bo przysługuje mu przyrodzona godność. Pojęcie godności nie jest precyzyjne. Ogólnie mówiąc, godność to właściwość przysługująca każdemu bez wyjątku człowiekowi z racji jego uprzywilejowanego miejsca w przyrodzie. W tradycji religijnej o godności człowieka decyduje to, że został stworzony przez Boga. W tradycji racjonalistycznej miarą godności ludzkiej jest rozum i wolna wola. Dzięki temu może on decydować o własnym życiu, ustanawiać prawa moralne i je realizować. Tak właśnie pojmował godność ludzką Immanuel Kant, dla którego autonomia woli była podstawą ludzkiej godności i moralności. Człowiek jako istota rozumna ma zdolność podporządkowania się nakazom rozumu; mówiąc inaczej, podlega prawu moralnemu, które sam ustanawia. Prawo to musi być ogólne, konieczne, powszechne, formalne – musi być imperatywem kategorycznym. Chociaż Kant podkreślał, że imperatyw kategoryczny jest jeden, podał kilka jego formuł. Do najbardziej znanych należą:

- formuła prawa powszechnego: „Postępuj tylko według takiej maksymy, dzięki której możesz zarazem chcieć, żeby stała się powszechnym prawem”¹⁵,
- formuła prawa przyrody: „Postępuj tak, jak gdyby maksyma twojego postępowania przez wolę twą miała stać się ogólnym prawem przyrody”¹⁶,
- formuła celu samego w sobie (zwana imperatywem praktycznym lub zasadą człowieczeństwa): „Postępuj tak, byś człowieczeństwa tak w twej

¹⁴ Tomasz z Akwinu: *Summa teologiczna*, 2–2, qu. 64, a. 2. London 1970, s. 109.

¹⁵ I. Kant: *Uzasadnienie metafizyki moralności*. Warszawa 1984, s. 50.

¹⁶ Ibidem, s. 51.

osobie, jak też w osobie każdego innego używał zawsze zarazem jako celu, nigdy tylko jako środka.”¹⁷

Imperatyw kategoryczny to najwyższa zasada moralności. Zastosowany w poszczególnych sytuacjach nieomylnie doprowadzi nas, sądził Kant, do określenia, co jest naszym obowiązkiem. Stosując imperatyw kategoryczny, musimy dojść do wniosku, że zabicie człowieka jest zawsze złe. Jeśli ktoś zabija siebie, by uwolnić się od nieznośnego cierpienia, to posługuje się sobą jak rzeczą, nie traktuje siebie jako celu samego w sobie. Jeśli ktoś zabija innego człowieka wbrew jego woli, to narusza jego autonomię, jeśli zabija go dla osiągnięcia korzyści, to traktuje go instrumentalnie. W końcu zabójstwo (także samobójstwo) jest złe, bo nie może być prawem przyrody (gdyby prawem przyrody było niszczenie, przyroda nie mogłaby istnieć).

Trudno kwestionować, że imperatyw praktyczny ma humanistyczny wymiar. Każdy człowiek powinien być traktowany jako cel sam w sobie, nigdy tylko jako środek. Formuła ta jest niepodważalna, gdy mamy do czynienia z istotą spełniającą Kantowskie kryteria człowieczeństwa (człowiek to istota rozumna, wolna, świadoma samej siebie). W przypadkach granicznych, gdy kryteria te nie są spełnione lub też mamy poważne wątpliwości, czy mogą zaistnieć, stanowisko to nie daje wyraźnych wskazówek, a nawet może prowadzić do negowania godności i prawa do poszanowania życia istot ludzkich. Chodzi tu o przypadki dzieci urodzonych z głębokimi wadami genetycznymi, embriony, ludzi znajdujących się w stanie komatozy czy ludzi, u których dokonał się rozpad elementarnych funkcji psychicznych. W sensie biologicznym są to ludzie, nie spełniają jednak Kantowskich kryteriów człowieczeństwa. Można jednak pytać, czy wobec tego wolno nam odmówić im godności i traktować tylko instrumentalnie?

4. Życie człowieka ma wartość szczególną dlatego, że jest on osobą.

Stanowisko to dzieli świat na osoby i rzeczy. Rzeczy mają wartość względną (cenę), osoby mają wartość bezwzględną. Uzasadnienia takiego podziału mogą być różne. Najczęściej jednak bycie osobą wiąże się z rozumnością i świadomością własnej tożsamości. U Kanta (dla którego bycie osobą jest równoznaczne z posiadaniem godności) znajdziemy jeszcze inne wyjaśnienie podziału osoba – rzecz: prawo moralne musi być formalne, konieczne, ważne dla wszystkich istot rozumnych, ich podstawą musi być coś, co ma bezwzględną wartość, co jest celem samym w sobie. Gdyby istniały tylko wartości względne, przypadkowe, warunkowe, wtedy nasz rozum nie mógłby znaleźć żadnej najwyższej praktycznej zasady, nie mógłby stanowić prawa moralnego. Skoro znajdujemy tę najwyższą praktyczną zasadę, umiemy ustanawiać maksymy z własnego punktu widzenia a jednocześnie z punktu widzenia każdej innej istoty rozumnej, to my jesteśmy celem samym w so-

¹⁷ Ibidem, s. 62.

bie, osobą i to stawia nas ponad przyrodę. „To, co istnieje, a czego istnienie nie zależy od naszej woli, ale od przyrody, ma [...] tylko względną wartość, a to jako środek i zwie się **rzeczą**, natomiast istoty rozumne nazywamy **osobami**, ponieważ już ich natura wyróżnia je jako cele same w sobie, tj. jako coś, czego nie należy używać jako środka, a więc o tyle ogranicza wszelką dowolność (i jest przedmiotem szacunku).”¹⁸ Nie wnikając w zawiłości filozofii moralnej Kanta, można powiedzieć, że dla tego filozofa osoba to istota rozumna ustanawiająca prawo moralne. W myśl tego określenia nie każdy człowiek będzie osobą. Nawet jeśli przyjmiemy tylko ogólne (i mniej wygórowane) określenie osoby jako istoty myślącej, świadomej własnej tożsamości, to okaże się, że dojdziemy do konkluzji zaskakujących, jak podkreśla Szawarski¹⁹, ale nie paradoksalnych. Istnieją zwierzęta (szympansy, delfiny), które spełniają ogólne kryteria osoby (są istotami myślącymi), wobec tego ich życie ma wartość, zabicie tych zwierząt jest złe. Istnieją tacy przedstawiciele gatunku ludzkiego, którzy nie spełniają kryteriów osoby (ludzie w stanie komatozy, embriony, noworodki) i nie znajdują się wobec tego (w myśl tego stanowiska) pod ochroną moralności.

5. Życie człowieka ma wartość o tyle, o ile doświadcza on określonych wrażeń. Stanowisko to ma swoje źródło w klasycznym utylitaryzmie etycznym. Utylityści utrzymywali, że o wartości moralnej czynu świadczą jego skutki – jeśli są korzystne, to czyn jest moralnie słuszny i dobry, jeśli są niekorzystne, to działanie należy uznać za złe. Za ostateczny cel ludzkich działań utylityści uznawali przyjemność lub szczęście. Wszelkie działania służące powiększaniu przyjemności, szczęścia, korzyści są dobre, wszelkie działania przyczyniające się do cierpienia, nieszczęścia, straty są złe. Punktem wyjścia klasycznego utylitaryzmu etycznego była teoria hedonizmu psychologicznego zakładająca, że przyjemność jest przewodnim motywem działań ludzkich. Jeremy Bentham, twórca utylitaryzmu etycznego, utrzymywał, że ma to swoje źródło w naturze ludzkiej czy nawet naturze świata. „Natura poddała rodzaj ludzki rządowi dwu zwierzchnich władców: przykrości i przyjemności. Im tylko dane jest wskazywać, cośmy powinni czynić oraz stanowić o tym, co będziemy czynili. [...] One rządzą nami we wszystkim, co czynimy, mówimy, myślimy [...]. Zasada użyteczności uznaje tę podległość i czyni z niej podstawę systemu, którego celem jest wzniesić gmach szczęścia rękami rozumu i prawa.”²⁰ Życie ludzkie, zgodnie z założeniami utylitaryzmu, nie ma wartości bezwzględnej. Zabicie człowieka nie jest złem samym przez się (ktoś, kto nie żyje, nie doświadcza wprawdzie przyjemności, ale nie doświadcza też cierpienia). Ocena zabójstwa zależy

¹⁸ Ibidem, s. 61, zob. też s. 60, 70–72, 74–76.

¹⁹ Z. Szawarski: *Wartość...*, s. 66.

²⁰ J. Bentham: *Wprowadzenie do zasad moralności i prawodawstwa*. Warszawa 1958, s. 17.

od skutków tego czynu. Naruszanie normy „nie zabijaj” jest o tyle złe, o ile przyczynia się do braku pewności i zaufania – gdyby norma ta nie obowiązywała powszechnie, jednostki czułyby się zagrożone w swym istnieniu, co byłoby źródłem cierpienia. Gdy jednak ktoś nie chce dłużej żyć, bo w jego życiu przeważa ból, nieszczęście, może dokonać samobójstwa, ma do tego prawo. Podobnie zabójstwo człowieka, który nie jest zdolny doznawać wrażeń zmysłowych (np. jest w stanie komatozy lub w fazie embrionalnej i nie ma jeszcze wykształconego systemu nerwowego) lub człowieka proszącego o skrócenie jego cierpień, nie byłoby złe moralnie. Tak więc samobójstwo, eutanazja, przerywanie ciąży nie byłyby moralnie złe, a czasem byłyby nawet wskazane. Życie ludzkie, w myśl tego stanowiska, ma wartość zależną od sumy przyjemności, szczęścia, jakiego człowiek doznaje: im bardziej w życiu przeważa przyjemność nad cierpieniem, tym większą ma ono wartość, i odwrotnie, im więcej jest w nim cierpienie niż przyjemności, tym mniejszą ma wartość, by w końcu osiągnąć stan zerowy. Zdolność doznawania wrażeń (przyjemności i przykrości) wydaje się warunkiem niezbędnym (ten, kto nie doznaje wrażeń, jest poza dobrem i złem, niczym rzecz, z którą można robić, co się zechce), ale niewystarczającym, by oszacować wartość jego życia (chodzi o to, jakich wrażeń się doświadcza). Kto jednak bezbłędnie wymierzy ilość przyjemności i cierpienia w życiu ludzkim, ustali proporcje między nimi i tym samym oszacuje wartość jego życia? Każdy świadomy człowiek potrafi orzec, czy czuje się zadowolony, szczęśliwy w swoim życiu, czy cieszy się, że żyje, ale czy jego ocena może być podstawą do oceny życia innych ludzi? Sądzę, że nie. Można też pytać o to, czy w ocenie wartości ludzkiego życia bardziej liczy się suma osiągniętych przyjemności, szczęścia, czy też suma minimalizowanych lub unikanych przykrości, nieszczęść? Na to pytanie trudno odpowiedzieć. Utylitaryści traktowali te sytuacje zamiennie, można jednak wątpić, czy robili słusznie.

6. Życie człowieka ma wartość, bo jest on istotą, która czuje, myśli i pragnie żyć. Koncepcję tę głosi Peter Singer, australijski filozof, zwolennik utylitaryzmu. W klasycznym utylitaryzmie kryterium moralnej oceny stosunku do życia była zdolność doznawania zmysłowego. Odnoszono je głównie do życia ludzkiego, ale także do życia zwierząt. Skoro różnicujemy moralną ocenę zabicia zwierzęcia i zabicia człowieka, musimy brać pod uwagę coś, co różni życie ludzkie od zwierzęcego. Utylitaryzm preferencyjny Singera różni się od klasycznego tym, że nie dąży się tu do maksymalizacji przyjemności i minimalizacji bólu, lecz do maksymalnego realizowania preferencji (pragnień, życzeń), które ocenia się według ich konieczności i intensywności. Nadal zakłada się, iż ból jest zły i że naturalnym pragnieniem jest pragnienie unikania bólu. Istotne jest także to, jakie znaczenie mają pragnienia dla samej istoty żywej, na ile pragnie ona żyć. Cechą swoistą życia ludzkiego, według koncepcji Singera, są pragnienia. Jeśli człowiek pragnie

żyć, a jest to naturalne pragnienie większości ludzi, to tym samym ma on prawo do życia. W koncepcji Singera, który z założenia stara się nie wartościować tylko ludzkiego życia, lecz życie każdego organizmu wartościuje jednakowo, jeśli spełnia kryteria oceny (zdolność odczuwania wrażeń, bycie osobą, tzn. istotą inteligentną, myślącą, mającą rozum i samoświadomość), nie jest jasne, czy tylko człowiek spełnia te kryteria. Singer utrzymuje, że zwierzęta wyższe wykazują zdolność rozumowania i samoświadomości, czasem nawet w większym stopniu niż niektóre istoty ludzkie. Wobec tego należałoby im przypisać pragnienia i na tej podstawie przyznać prawo do życia. I Singer tak czyni. Pozostaje jednak delikatna kwestia porównania pragnień człowieka z pragnieniami zwierzęcia – czy normalnie rozwinięty pies ma takie samo pragnienie życia jak normalnie rozwinięty człowiek? Jeśli tak, to co zrobić w razie konfliktu tych pragnień czy niemożliwości ich zaspokojenia? W tym miejscu utylitaryzm preferencyjny byłby bezradny, nie można by wybrać człowieka tylko dlatego, że należy do gatunku ludzkiego, bo byłby to szowinizm gatunkowy. Singer zauważa, że porównywanie pragnień jest trudne, ma jednak nadzieję, że takie sytuacje równych preferencji rzadko się zdarzają. Przykłady, które podaje, unikają takich kłopotów: zwykle porównuje embrion, niemowlę ze szcurem czy świnia, dzieci upośledzone, ludzi psychicznie chorych ze zdrowymi i normalnymi zwierzętami. Singer zakłada, że zdolność żywienia pragnień jest koniecznym warunkiem przypisania praw. Zwierzęta niższe, płody ludzkie, nawet noworodki nie żywią pragnień, nie ma więc podstaw, by przypisać im prawo do życia, a zabicie ich uznawać za czyn moralnie zły²¹. Koncepcja ta, jak widać, prowadzi do drastycznych wniosków. Można ich uniknąć, zauważa Szawarski²², dowodząc, że embrion lub noworodek są potencjalnymi osobami oraz żywią potencjalne pragnienia. Jednak i to nie uchyli wszystkich niepokojących konsekwencji moralnych tego stanowiska – zabicie potencjalnego człowieka jest w świetle tej koncepcji mniejszym złem niż zabicie dorosłego człowieka. Koncepcja wiążąca prawo do życia z pragnieniem życia – podkreśla Szawarski – nie rozwiązuje problemu wartości życia ludzkiego, lecz zamienia go na problem, komu i ze względu na jakie cechy przypisać pragnienia.

7. Życie ludzkie ma wartość, bo jest życiem istoty, która jest podmiotem własnego życia i życie to może okazać się dla niej lepsze lub gorsze. Koncepcja ta, głoszona przez Toma Regana²³, ma wiele wspólnego z wcześniejszymi koncepcjami. Bliska jest etyce Kanta i określeniu wartości życia ludzkiego przez odwołanie się do pojęcia osoby (podmiot własnego życia musi być jednocześnie podmiotem samego siebie, osobą). Nawiazuje także

²¹ P. Singer: *Animal Liberation*. London 1975, s. 33–35. „Etyka” 1980, nr 18, s. 54–55.

²² Z. Szawarski: *Wartość...*, s. 68.

²³ „Etyka” 1980, nr 18, s. 87–116.

do utilitaryzmu – mówi bowiem o życiu gorszym lub lepszym. Ochroną moralną objęte jest życie tylko takich istot ludzkich, które są podmiotem własnego życia. Zabijanie istot, które jeszcze nie stały się podmiotem życia (embriony), nie są lub przestały być podmiotem życia (potworki ludzkie, ludzie w stanie komatozy, ludzie, którzy utracili zdolność podmiotowego postrzegania i oceny własnego życia) nie zasługiwałoby na potępienie. Z drugiej strony koncepcja ta przyznaje podmiotom własnego życia prawo do dysponowania nim – człowiek będący podmiotem własnego życia może dojść do wniosku, że jego życie jest raczej gorsze niż lepsze i popełnić samobójstwo.

Wszystkie przedstawione powyżej stanowiska mają swoje zalety i wady. Dwa pierwsze wydają się bardzo proste, klarowne, jednak oparte są na założeniach, których nie akceptują wszyscy ludzie. Pozostałe stanowiska są bardziej złożone, można im zarzucić, że jednocześnie są za wąskie (nie obejmują wszystkich ludzi) i za szerokie (obejmują także niektóre zwierzęta). Cóż wobec tego pozostaje? Możemy wybrać któreś ze wskazanych stanowisk, takie, które zgodne jest z naszym światopoglądem oraz przekonaniami moralnymi. Warto jednak pamiętać, że stanowiska te mają swoje ograniczenia i mogą prowadzić do niezamierzonych oraz niepożądanych konsekwencji. Ten, kto odrzuci stanowisko pierwsze i drugie, pozostałe zaś uzna za godne uwzględnienia, ale tylko łącznie, może na ich podstawie wypracować swoje własne stanowisko. Przykładem takiego sposobu postępowania może być wypowiedź Szawarskiego. Uznaję ją za jeszcze jedną propozycję ujęcia problemu wartości życia ludzkiego.

8. Życie ludzkie ma wartość w tej mierze, w jakiej przysługują mu te dyspozycje psychiczne, które skłonni jesteśmy cenić. Zdaniem Szawarskiego na szczególną uwagę zasługują koncepcje godności, osoby i pragnień. Wszystkie odwołują się do podmiotu i pewnych procesów psychicznych (myślenia, poczucia własnej tożsamości, doznawania zmysłowego, swobody wyboru). Podmiot musi być świadom samego siebie – podmiot to ten, kto wie, że myśli, czuje, pragnie, pamięta, przewiduje, wie, że jest jedynym w swoim rodzaju indywiduum. Bycie podmiotem nie wystarcza jednak, by życie jednostki ludzkiej miało wartość samą przez się: „Ma ono wartość wtedy i tylko wtedy, jeśli sądzę, że **dobrze jest**, że pragnę, czuję, doświadczam, pamiętam, wybieram, tworzę, jestem. Ma ono wartość tylko wtedy, gdy **sądzę, że dobrze jest, że żyję**.”²⁴ Jeśli uznamy, że nasze życie ma wartość ze względu na pewne dyspozycje psychiczne, to uogólnienie tego sądu prowadzi nas do uznania, że życie innych ludzi także ma wartość ze względu na te same dyspozycje psychiczne. Odpowiednio, jeśli uznamy, że unicestwienie naszych pragnień jest złe, to musimy przyznać, że złe jest uni-

²⁴ Z. Szawarski.: *Wartość...*, s. 70.

cestwienie pragnień każdej istoty ludzkiej znajdującej się w podobnej sytuacji jak my. Możemy powiedzieć, że zabójstwo człowieka jest złe, bo nie chcemy zgodzić się na obowiązywanie zasady, której stosowanie nas samych może pozbawić życia. Jakaś jednostka może jednak dojść do wniosku, że jej życie nie ma już dla niej wartości. Czy tym samym nie zaneguje wartości życia innych ludzi? Jawi się tu groźba subiektywizacji oceny wartości ludzkiego życia. Szawarski uznaje jednak, że z indywidualnej oceny wartości swojego życia nie musimy wyprowadzać tak daleko idących wniosków. Twierdząc, że moje życie nie ma już dla mnie wartości, nie twierdzę tym samym, że życie innych ludzi także straciło wartość. „Twierdząc, że w określonej sytuacji winienem wybrać raczej śmierć niż życie [...] powiadam jedynie, że każdy, kto znajdzie się w podobnej sytuacji, powinien wybrać raczej śmierć niż życie. Z faktu, że moje życie stanowi dla mnie wartość, nie wynika, że mam moralny obowiązek życia lub że unicestwienie mojego życia jest zawsze złe. Wprawdzie ludzkie życie jest wartością, ale nie wszelkie życie jest godne życia i nie zawsze też unicestwienie życia jest moralnie złe.”²⁵

Wartość życia ludzkiego, co podkreśla Szawarski, nie polega na biologicznym trwaniu, lecz na posiadaniu cenionych przez nas dyspozycji psychicznych (byciu świadomym podmiotem własnego życia). Nie jest to, jak przyznaje, wartość obiektywna, dana raz na zawsze, lecz wartość subiektywna, taka, którą każdy z nas za każdym razem od nowa odkrywa. Powodem tego jest fakt, że nie istnieje ściśle określony zbiór własności życia ludzkiego, który byłby równoważny ze stwierdzeniem jego wartości. Intencją Szawarskiego, jak sądzę, jest uznanie prawa jednostek ludzkich będących podmiotami własnego życia do oceny wartości własnego życia, nie zaś życia tych ludzi, którzy są pozbawieni podmiotowości czy znajdują się na granicy człowieczeństwa. Trzeba przyznać, że stanowisko autora nie jest jasne. Z jednej strony koncepcja ta nie przypisuje wartości życiu ludzkiemu nie spełniającemu wymogu posiadania pewnych dyspozycji psychicznych²⁶ i wobec tego może prowadzić do odmówienia mu ochrony moralnej. Z drugiej strony autor wypowiada się tak, jakby chciał wziąć pod ochronę te istoty ludzkie, które są pozbawione cennych dyspozycji psychicznych, potencjalne istoty ludzkie (embriony), a nawet przyszłe pokolenia, tyle że, jak dodaje, wymagałoby to już innego uzasadnienia.

²⁵ Ibidem.

²⁶ „Jeśli [...] ktoś kto należy do gatunku *homo sapiens*, pozbawiony jest owych dyspozycji, to nie ma powodu uznawać, że życie jego ma wartość”, ibidem, s. 70.

Wartość życia zwierząt, roślin, wartość przyrody

W kulturze europejskiej chroni się życie ludzi, pozwala się natomiast zabijać zwierzęta. Przyjmuje się bowiem, że wartość życia ludzkiego, jakkolwiek by ją pojmować, jest nieporównywalnie wyższa niż wartość życia zwierząt. Przekonanie to, choć podawane w wątpliwość przez niektóre ruchy ekologiczne, jest nadal dominujące. Nie jest wykluczone, że w przyszłości nastąpią zasadnicze zmiany w mentalności Europejczyków w ujmowaniu przez nich wartości życia zwierząt, roślin czy nawet całej przyrody.

Stanowisk wobec wartości życia zwierząt jest wiele. Klasyfikacja tych stanowisk jest utrudniona przez to, że jedna doktryna filozoficzna (np. utylitaryzm) może być podstawą różnych ujęć interesującego nas problemu. Oto najważniejsze.

Stanowisko antropocentryczne

W wersji religijnej stanowisko to głosi, że Bóg tworząc świat, nadał mu pewien porządek. W hierarchii bytów stworzonych zwierzęta zajmują niższe miejsce niż człowiek i już z racji tego obiektywnego porządku są podporządkowane człowiekowi. Stanowisko to dodatkowo jest wzmocnione tezą, że Bóg oddał przyrodę we władanie człowieka, co zostało wyrażone w nauce: „Idźcie i czyńcie sobie ziemię poddaną.” Człowiek może zabijać zwierzęta i używać ich odpowiednio do swoich celów. Zwierzęta mają wartość wyłącznie użytkową (nie mają duszy nieśmiertelnej)²⁷. Nie oznacza to przyzwolenia na okrucieństwo wobec zwierząt. Zakaz okrutnego ich traktowania ma na względzie nie tyle dobro zwierząt, ile człowieka – okrutne traktowanie zwierząt może przyczynić się do wykształcenia w człowieku podobnych skłonności wobec ludzi.

Obecna w Biblii idea dominacji człowieka nad przyrodą mogła przyczynić się do ukształtowania się w kulturze Zachodu eksploatacyjnego stosunku do przyrody. Odpowiednia interpretacja wersów z Księgi Rodzaju

²⁷ Por. T. Ślipko: *Granice życia. Dylematy współczesnej bioetyki*. Warszawa 1988, s. 22–74, gdzie m.in. czytamy: „Ponieważ [...] świat zwierząt stoi na tym samym poziomie co reszta materialnej rzeczywistości, wobec tego zwierzęta podlegają tej samej zasadzie: w stosunku do człowieka pełnią rolę środka umożliwiającego realizację zadań dyktowanych mu jego moralną naturą” (s. 65). Zabijanie zwierząt, zadawanie im cierpień, wiwisekcja, hodowla nie są złe, o ile są usprawiedliwione ważnymi potrzebami człowieka.

(„[...] napełniajcie ziemię i ujarzmiajcie ją. Władajcie rybami morza i ptactwem nieba i wszelkim zwierzęciem ruszającym się na ziemi”, 1: 28) mogła w ludziach wzbudzać przekonanie, że wolno im robić wszystko, co chcą. Obciążanie jedynie chrześcijaństwa odpowiedzialnością za obecny kryzys w środowisku naturalnym jest przesadzone. Nadmierna eksploatacja środowiska przyrodniczego występowała także w kulturach nie będących pod wpływem chrześcijaństwa²⁸. Niektórzy przedstawiciele neotomizmu poddają rewizji etykę władztwa człowieka nad przyrodą, wskazują, że człowiek winien kierować się dyrektywami roztropności, umiaru oraz humanitaryzmem wobec zwierząt. Ma to zapobiec wyłącznie utylitarnemu traktowaniu przyrody przez ludzi, pomóc im zrozumieć „immanentne walory świata zwierzęcego” oraz afirmować odrębność i bogactwo zwierząt²⁹. Taka rewizja tradycyjnej etyki władztwa człowieka nad przyrodą, jak wskazuje E. Klimowicz, ma na celu wyłącznie złagodzenie eksploatacyjnych praktyk człowieka wobec przyrody, w niczym nie zmienia treści jej zasadniczych twierdzeń, a zwłaszcza przekonania o istnieniu obiektywnie danej hierarchii istot żywych i ich wartości³⁰.

Stanowisko antropocentryczne ma swoje źródła także w starożytnej filozofii greckiej. Większość starożytnych filozofów sądziła, że zwierzęta są istotami niższymi, podporządkowanymi człowiekowi, bo tylko człowiek jest istotą rozumną. Antropocentryzm może wystąpić w wersji świeckiej. Wtedy twierdzi się, że gatunek *homo sapiens* jest najwyższym ogniwem ewolucji biologicznej lub że ma on predyspozycje biologiczne, społeczne, kulturowe do opanowania świata oraz podporządkowania sobie innych gatunków i z tego powodu życie ludzkie ma wartość, podlega ochronie moralnej. Życie zwierząt, jeśli ma wartość to mniejszą niż wartość życia ludzkiego. Stanowisko antropocentryczne jest często krytykowane oraz podważane przez obrońców praw zwierząt, którzy twierdzą, że antropocentryzm jest szowinizmem gatunkowym i jak każda teoria dyskryminacji zasługuje na potępienie³¹.

²⁸ Zwraca na to uwagę R. Tokarczyk: *Prawa narodzin, życia i śmierci*. Lublin 1984, s. 126–130.

²⁹ T. Ślipko: *Granice życia...*, s. 65–66.

³⁰ E. Klimowicz: *Główne zagadnienia bioetyki*. W: *Etyka XX wieku*. Red. S. Jedynak, S. Gawor. Lublin 1991, s. 193.

³¹ R.D. Ryder: *Szowinizm gatunkowy, czyli etyka wiwisekcji*. „Etyka” 1980, nr 18, s. 44; P. Singer: *Zwierzęta i ludzie jako istoty sobie równe*. „Etyka” 1980, nr 18, s. 49–61; P. Singer: *Animal Liberation...*, s. 15.

Prawa i interesy zwierząt

Stanowisko to odrzuca pogląd, iż zwierzętom nie przysługują prawa, bo nie są one zdolne do działań moralnych. Ruch wyzwolenia zwierząt, do którego należą autorzy różnych orientacji filozoficznych, często jest wywodzony z myśli utylitarystycznej. Już Jeremy Bentham domagał się praw dla wszystkich istot zdolnych do odczuwania cierpienia³², a Henry Salt w książce *Prawa zwierząt a kwestia postępu społecznego* (1892) wskazywał na ścisły związek między prawami człowieka i koniecznością przyznania praw zwierzętom³³. Wśród współczesnych obrońców praw zwierząt utylitaryści zajmują poczesne miejsce, by wspomnieć choćby Petera Singera bądź Joela Feinberga. Zwróćmy uwagę na argumentację Feinberga.

Żadne zwierzę, z wyjątkiem człowieka, nie jest podmiotem moralnym, bo nie ma na tyle rozwiniętych dyspozycji umysłowych, by wypełniać obowiązki i być odpowiedzialnym. To jednak nie dyskwalifikuje zwierząt jako posiadaczy praw. Racją dla ich praw są interesy (potrzeby, dążenia), twierdzi Feinberg. Przynajmniej zwierzęta wyższe mają swoje życie uczuciowe, mają swoje interesy oraz działają dla własnego dobra. Na tej podstawie można zaliczyć zwierzęta do istot, które mają prawo do życia, prawo do wolności, prawo do własności terytorium. Poza tym istnieje powszechne prawo moralne zawarte w sumieniach istot zdolnych do działania moralnego, by nie być traktowanym okrutnie. Prawo to przysługuje wszystkim istotom zdolnym do doznawania cierpienia. Z tego wynikają obowiązki człowieka względem innych ludzi i zwierząt. Okrucieństwo, znęcanie się nad zwierzętami, zadawanie im niepotrzebnego bólu jest złe. Prawa moralne, podkreśla autor, nie są naszą swobodną decyzją, lecz mają źródła obiektywne, przedmiotowe w interesach istot zdolnych do doznawania zmysłowego. Feinberg nie precyzuje, na czym polega zwierzęce prawo do życia, wolności i własności terytorium. Wydaje się, że najbardziej fundamentalnym prawem dla niego jest prawo, by nie być traktowanym okrutnie – inne prawa z niego się wywodzą. W konfrontacji z prawami ludzi prawa zwierząt są mniejsze. Możemy zabić zwierzę w obronie własnej, na pożywienie, by zdobyć skóry, ze względu na higienę i ochronę zdrowia, by uchronić inne zwierzęta przed cierpieniem. Nie można jednak twierdzić, że życie zwierząt nie ma żadnej wartości. Gdyby tak było, to „każdy cel ludzki (a nawet jego brak) stanowiłby dostateczne usprawiedliwienie zabicia zwierzęcia, jeśliby zostało dokonane możliwie bezboleśnie. Faktycznie jednak zabicie konia, psa czy lwa jedynie dla bezmyślnej zabawy,

³² J. Bentham: *Wprowadzenie do zasad moralności...*, s. 419–420.

³³ L. Ferry: *Nowy ład ekologiczny. Drzewo, zwierzę, człowiek*. Warszawa 1995, s. 44.

gdy nie wynika z tego żaden pożytek dla innych zwierząt, byłoby bezpodstawnym zaprzeczeniem najprawdziwszego roszczenia i przeto naruszeniem zwierzęcego prawa, jakkolwiek słabe wydaje się ono w powszechnym mniemaniu.”³⁴ Życie zwierzęcia ma pewną wartość, choć jest ona mniejsza niż wartość życia człowieka. O większej wartości życia ludzkiego decydują własności, jakie przysługują naturze człowieka: jego życie psychiczne, to, że człowiek jest bardziej skłonny cierpieć z powodu śmierci innych i własnych przewidywać.

Wśród obowiązków człowieka wobec zwierząt są też takie, które nie wynikają z żadnych zwierzęcych praw, np. obowiązek ochrony ginących gatunków zwierząt przed zagładą. Nasz obowiązek zachowania innych gatunków ma źródło w interesach przyszłych pokoleń oraz w naszej unikalnej pozycji na planecie jako istot rozumnych.

Stanowisko Feinberga wprowadza pewne ograniczenia w działalności ludzi, nie jest jednak na tyle radykalne, by zabronić wszelkiego zabijania zwierząt i używania ich przez człowieka do swoich (dostatecznie usprawiedliwionych) celów. Od stanowiska antropocentrycznego różni się tym, że przyznaje życiu zwierząt wartość nieinstrumentalną, i tym, że prawa zwierząt wywodzi ze źródeł przedmiotowych.

Zwierzęta i ludzie jako istoty sobie równe

Stanowisko to kwestionuje pogląd, iż zwierzęta są niższymi istotami od ludzi, wobec czego nie przysługują im takie same prawa jak ludziom. Zasadę równości należy odnieść, twierdzi Peter Singer, nie tylko do ludzi. Wszyscy (ludzie i zwierzęta) jesteśmy zdolni do doznawania cierpienia. Ta własność wystarczy, by uznać prawo ludzi i zwierząt do równych względów. Każde cierpienie jest tak samo złe, nieważne, czy cierpi lew, słoń, kot czy człowiek. Człowiek ma wyższą w porównaniu ze zwierzętami inteligencję. Jeśli jednak inteligencja nie upoważnia do używania innych ludzi do realizacji swoich celów, to dla czego miałyby upoważniać ludzi do wyzysku istot nieczłowieczych? Zasada równości (równego poszanowania interesów, równego traktowania cierpienia) jest, według Singera, fundamentalną zasadą etyczną. Zasada ta zawodzi w wypadku konfliktu interesów ludzi i zwierząt wtedy, gdy mamy wybierać między życiem człowieka i zwierzęcia. W większości wypadków powinniśmy uratować człowieka. Są jednak przypadki, kiedy życie zwierzęcia jest cenniejsze – dzieje się tak wtedy, gdy dana istota ludzka

³⁴ J. Feinberg: *Obowiązki człowieka i prawa zwierząt*. „Etyka” 1980, nr 18, s. 31.

nie ma własności swoistych dla normalnego człowieka. Singer utrzymuje, że życie istoty świadomej siebie, zdolnej do abstrakcyjnego myślenia i planowania swojej przyszłości jest bardziej wartościowe niż życie istoty pozbawionej tych własności³⁵. Nie jest to, jak podkreśla, szowinizm gatunkowy, bo przypisujemy znaczenie określonym własnościom (zdolności do odczuwania cierpienia, kryteriom podmiotowości), a nie przynależności do określonego gatunku. Prawo do życia nie przysługuje tylko członkom gatunku *homo sapiens*, lecz wszystkim istotom mającym etycznie znaczące cechy. Nie wszyscy członkowie gatunku *homo sapiens* są osobami, nie wszystkie osoby należą do gatunku *homo sapiens*. W każdym razie, nie wątpi Singer, „winniśmy taki sam szacunek dla życia zwierząt jak ten, który żywimy dla życia osób znajdujących się na podobnym poziomie umysłowym”³⁶.

Konsekwencje praktyczne stanowiska Singera są radykalne. Gdybyśmy tak samo traktowali interesy zwierząt jak interesy ludzi, to niemal wszystkie eksperymenty prowadzone na zwierzętach musiałyby być zabronione. Bez popadania w szowinizm gatunkowy można by usprawiedliwić tylko takie eksperymenty na zwierzęciu, które mogłyby być dokonane na osieroconym, upośledzonym człowieku znajdującym się na odpowiednim poziomie świadomości i doznawania zmysłowego. Singer jest zwolennikiem ścisłego wegetarianizmu – uważa, że dla większości ludzi mięso to zbytek. Eskimos musi zabijać i zjadać zwierzęta z konieczności. Większość ludzi ma alternatywę pożywienia roślinnego: nie muszą oni jeść mięsa, jajek ani pić mleka. Zasada równości, zdaniem Singera, nie daje się także pogodzić z hodowlą zwierząt (nie tylko tą intensywną).

Koncepcje Feinberga i Singera są sobie bliskie, bo obie odwołują się do interesów zwierząt jako podstawy ich praw, obie traktują nakaz unikania cierpienia jako fundamentalną zasadę etyczną. Jednak nacisk, jaki kładzie Singer na zasadę równości, i radykalizm jego koncepcji są powodem dla oddzielenia tych dwóch stanowisk. Obie koncepcje można zaliczyć do etyki patocentrycznej, takiej, która uwzględnia interesy wszystkich istot żywych wrażliwych na ból.

³⁵ P. Singer: *O życiu i śmierci. Upadek etyki tradycyjnej*. Warszawa 1997. W książce tej Singer ujawnia swoje wahania, co jest ważniejsze: kryteria podmiotowości czy zdolność do odczuwania cierpienia? Nie wątpi jednak, że należy odrzucić zasadę świętości życia ludzkiego i rozszerzyć prawo do życia na zwierzęta.

³⁶ „Etyka” 1980, nr 18, s. 55.

Utylitarystyczna zasada wymienności

Utylitaryzm może prowadzić do różnych postulatów w zależności choćby od tego, jak rozumie się zasadę użyteczności. Przedstawione wyżej stanowisko Singera jest utylitarystyczne. W ramach utylitaryzmu możliwe jest także inne podejście do kwestii wartości życia zwierząt. Jeśli użyteczność rozumiemy jako zwiększanie sumy szczęścia (przyjemności) w świecie, to zabicie istoty zdolnej do doznawania zmysłowego uznamy za złe, o ile powoduje zmniejszenie sumy przyjemności w świecie. Jeśli wprowadzimy jeszcze dodatkowe rozróżnienie wśród istot zdolnych do doznawania zmysłowego na: 1) istoty, które mają świadomość samych siebie oraz pragną żyć (człowiek i zwierzęta wyższe), 2) istoty, które tylko odczuwają przyjemność i ból, ale nie przejawiają pragnienia życia (zwierzęta niższe), oraz uznamy, że egzemplarze danego gatunku są wymienne, to wolno nam zabić istotę nie przejawiającą pragnienia życia, jeśli zamiast niej pojawi się inny egzemplarz tego samego gatunku. Najważniejsze jest tu bowiem to, by ogólna suma przyjemności w świecie nie zmniejszyła się. Zasada użyteczności powiązana z zasadą wymienności pozwala usprawiedliwić moralnie zabijanie zwierząt niższych (np. kur). Stanowisko to, zwraca uwagę Z. Szawarski, może prowadzić do usprawiedliwienia np. dzieciobójstwa. Małym dzieciom nie można przypisywać pragnienia życia i pełnej samoświadomości, gdyby je traktować jako „wymienne egzemplarze” gatunku ludzkiego, to każde zabicie noworodka, o ile na jego miejsce pojawi się kolejne dziecko, trzeba by traktować jako moralnie usprawiedliwione. Nic więc dziwnego, że takie podejście budzi obawy. „Idea wymienności nowo narodzonych istot ludzkich jest ideą niepokojącą. Można wymieniać rzeczy, lecz nie wolno wymieniać ludzi – nawet jeśli ci ludzie nie mają na razie świadomości własnego człowieczeństwa, własnych pragnień, własnej indywidualności.”³⁷

Koncepcja czci dla życia

Koncepcję tę sformułował niemiecki filozof, teolog, etyk Albert Schweitzer. Z uwagi na zawarte w niej treści Schweitzera uznaje się za jednego z prekursorów współczesnej etyki ekologicznej. Ze względu na jego miłość do zwierząt porównywano go do św. Franciszka. Ideę afirmacji życia, świata i istotę dobra moralnego odnalazł, gdy w czasie podróży po rzece Ogowe,

³⁷ Z. Szawarski: *Wartość...*, s. 73.

o zachodzie słońca, zobaczył stado hipopotamów. Wtedy doznał uczucia, że określenie „część dla życia” zawiera w sobie pierwotne i uniwersalne pojęcie dobra moralnego.

Błędem wszystkich dotychczasowych etyk, sądził, było to, że brały pod uwagę jedynie postępowanie człowieka wobec innych ludzi. Tymczasem wrażliwość na losy ludzi to dopiero początek właściwej postawy moralnej. Myślenie ludzkie musi dążyć do uchwycenia istoty tego, co etyczne, w sposób pełny, uniwersalny. Człowiek zastanawiając się nad swoim życiem i swoim miejscem w świecie, wcześniej czy później musi dojść, zdaniem Schweitzera, do uświadomienia sobie również przeżycia elementarnego faktu: „[...] jestem życiem, które chce żyć, pośród życia, które chce żyć. Tajemnicą mojej woli życia jest, że czuję się zmuszony do angażowania się we wszelką wolę życia, która obok mojej istnieje w bycie.”³⁸ Stąd podstawowa zasada moralna wyraża się w stwierdzeniu: „Istotą dobra jest: utrzymywać życie, sprzyjać życiu, pomagać życiu rozwinać swe najwyższe wartości. Istotą zła jest: unicestwiać życie, szkodzić życiu, hamować rozwój życia.”³⁹ Pełna, uniwersalna etyka to etyka czci dla życia, afirmacji wszelkiego życia. Pojęciu życia nadał Schweitzer sens moralny, religijny, mistyczny. Życia nie sprowadzał do biologicznej egzystencji. Pojmował je jako siłę, energię wywodzącą się i powracającą do swego prairódła, jako odczuwanie, doznawanie, cierpienie.

Dobrym człowiekiem, zdaniem Schweitzera, jest dopiero ten, kto doświadcza czci dla życia, kto szanuje każdy przejaw życia. Z uwagi na to, że etyka czci dla życia postuluje prawo do życia i ochronę wszystkich istot żywych (ludzi, zwierząt, roślin), zalicza się ją do etyk biocentrycznych. Można pytać, czy postulat szacunku dla życia jest możliwy do zrealizowania, czy nie jest jeszcze jedną sentymentalną ideą? Sam Schweitzer uznawał, że każda prawda, zanim zostanie uznana, uchodzi za sentymentalną. Jeśli dziś uznaje się za przesadę szacunek dla każdego przejawu życia, kiedyś stanie się to oczywistym obowiązkiem moralnym. Z drugiej strony przyznawał, że przyroda jest okrutnym widowiskiem – jedna istota niszczy inne, by żyć, jedna wola życia przeciwstawia się innej. Człowiek nie może uniknąć konieczności niszczenia i szkodenia życiu. Idąc drogą, depce mrówki, tępi gryzonie, które niszczą jego zapasy żywności oraz stanowią groźbę epidemii, zabija bakterie szkodliwe dla jego organizmu, zabija zwierzęta na pożywienie i w eksperymentach naukowych. Istotą postulatu czci dla życia, sądzi Ija Lazari-Pawłowska⁴⁰, nie jest zakaz zabijania, lecz apel do ludzi, by wypracowali w sobie wrażliwość na cierpienia innych istot żywych,

³⁸ A. Schweitzer: *Problem etyki w wyższym stadium rozwoju ludzkiego myślenia*. W: I. Lazari-Pawłowska: *Schweitzer*. Warszawa 1976, s. 232.

³⁹ Ibidem.

⁴⁰ I. Lazari-Pawłowska: *Schweitzer...*, s. 56–58.

nauczyli się współdoznawać z innymi istotami i poczuli się odpowiedzialni za ich los, by umieli ograniczyć swoją ekspansywność na rzecz humanizmu, humanitaryzmu, ofiarności wobec wszystkiego, co żyje. Jeśli zabijanie jest niezbędne dla życia i zdrowia człowieka, niech przynajmniej stara się on zminimalizować cierpienia istot, które pozbawia życia. Każdy musi rozwiązywać konflikty moralne, przed którymi staje, każdy musi określać, na ile konieczne jest, by żył kosztem innych istot (czy muszę jeść mięso?, czy muszę mieć futro?, czy muszę zerwać kwiat dla własnej przyjemności oglądania go wazonie?) i w jakim stopniu może przyczynić się do utrzymania, polepszenia życia innych ludzi, zwierząt oraz roślin. Etyka czci dla życia nakłada na wszystkich ludzi ogromną odpowiedzialność wobec innych ludzi i innych istot żywych. Zabijanie, szkodenie życiu jest zawsze złe, nawet jeśli to konieczność. Człowiek nigdy nie będzie wolny od zła, nigdy nie uwolni się od współodpowiedzialności za zło, jakie czynią inni. Czyste sumienie, sądził Schweitzer, jest wynalazkiem diabła.

Ekologia głęboka

Wśród etyk ekologicznych wyodrębnił się nurt porzucający stanowisko antropocentryczne, obejmujący swoimi rozważaniami całą przyrodę, także środowisko nieożywione. Termin „ekologia głęboka” (*deep ecology*, czasem zamiennie stosuje się termin *ecosophy*) wprowadził w 1972 r. norweski filozof Arne Naess na oznaczenie nowej wizji świata gruntownie zmieniającej paradygmat naukowy, myślenie etyczne i zasady ludzkiego postępowania. W odróżnieniu od tzw. **płytkiej ekologii (ekologii ochroniarskiej)**, która jest zorientowana antropocentrycznie, ekologia głęboka tworzy holistyczną wizję istoty świata i miejsca ludzi w biosferze. Przewyciężenie kryzysu ekologicznego (także cywilizacyjnego, kulturowego, osobowego) wymaga, zdaniem przedstawicieli ekologii głębokiej, ukształtowania w każdym z nas świadomości ekologicznej. Na tę świadomość ma się składać nowa filozofia, etyka, ekonomia, medycyna, religia..., ma to więc być nowa orientacja egzystencjalna zrywająca z antropocentryzmem, nowożytnym racjonalizmem, humanizmem, liberalizmem, pragmatyzmem⁴¹.

⁴¹ B. Devall, G. Sessions: *Ekologia głęboka. Życie w przekonaniu, iż Natura coś znaczy*. Warszawa 1994; K. Waloszczyk: *Planeta nie tylko ludzi*. Warszawa 1997; M. Bonenberger: *Etyka środowiskowa* i Z. Piątek: *Etyka życia*. W: *Etyka. Zarys*. Kraków 1992; Z. Piątek: *Etyka środowiskowa. Nowe spojrzenie na miejsce człowieka w przyrodzie*. Kraków 1998.

Podstawowe treści programu ekologii głębokiej można ująć następująco. Wszystko jest ze sobą powiązane, nie istnieje przepaść między człowiekiem a innymi istotami żywymi, człowiek nie jest ponad ani poza przyrodą, lecz jest tylko jednym z jej współuczestników. Wszystkie organizmy żyjące w ekosferze są równorzędnymi bytami i mają swoją immanentną wartość (zasada równości biocentrycznej). Nie ma podstaw do ustanawiania hierarchii gatunków, w której ludzie zajmowałiby jej szczyt. Samorealizacja ludzi, ich pełny rozwój osobowościowy jest możliwy tylko przy zachowaniu naturalnej, nieskażonej i zróżnicowanej przyrody oraz przy uwzględnieniu ograniczoności jej zasobów – niszcząc przyrodę, niszczymy siebie. O jakości naszego życia nie decyduje tylko dobrobyt materialny i wzrost gospodarczy, lecz przede wszystkim zadowolenie osobiste z życia w zdrowym środowisku, możliwości kształtowania bogatej osobowości (zasada prostoty potrzeb i środków materialnych oraz bogatych celów). Ludzie mają moralny obowiązek utrzymania naturalnej równowagi oraz ładu w przyrodzie (zasada obowiązku wobec przyszłych pokoleń, wszystkich istot żywych, całej biosfery – także wobec strumieni, wysp, skał). Wymaga to zmiany kryterium dobra i zła moralnego: dobre jest to, co służy zachowaniu całości i różnorodności biosfery. W praktyce program taki oznacza m.in. ograniczenie populacji ludzkiej, ograniczenie ekspansywności człowieka, a także skali jego ingerencji w przyrodę, utrzymanie konsumpcji na niezbędnym poziomie, zachowanie dziewiczych obszarów Ziemi, zmiany w sposobie produkcji rolnej i przemysłowej, zmiany w sposobie zarządzania oraz podejmowania decyzji ekonomicznych, politycznych (zamiast scentralizowanej wspólnoty narodowej wspólnoty alternatywne, tj. bioregiony).

Program ten u jednych wzbudza aprobatę (przynajmniej na poziomie ogólnych założeń wydaje się słuszną orientacją życiową i wizją naprawy świata), u innych zdecydowany sprzeciw (szczególnie wtedy, gdy ogólne założenia przekłada się na konkretne praktyczne zasady oraz gdy dogmatycznie pojmuje się zasady tego programu). Konrad Waloszczyk, obrońca ekofilozofii (w tym i ekologii głębokiej), zapewnia, że ideał biocentrycznej równości jak również wewnętrznej wartości bytów przyrody nie wyklucza hierarchizowania istot żywych, użytkowego traktowania bytów przyrody przez człowieka, nie prowadzi do narzucenia wszystkim wegetarianizmu; krytyka i odrzucenie tradycyjnej ekonomii nie oznacza postulatów życia ascetycznego ani zrównania ludzi w zakresie posiadania; regulacja liczby ludzi nie może odbywać się metodami restrykcyjnymi; krytyka cywilizacji, techniki nie oznacza stagnacji lub powrotu do prymitywnych form cywilizacji; holistyczny typ myślenia i krytyka antropocentryzmu nie prowadzi do pomniejszania wielkości człowieka – chodzi tu tylko o pomniejszenie eksploatacji natury, zniesienie postawy dominacji oraz zastąpienie jej postawą współuczestnictwa⁴².

⁴² K. Waloszczyk: *Planeta...*, s. 71–77, 105–224, 227–253, 279–287, 294.

Przyznaje jednak, że zasada biocentrycznej równości niesie możliwość błędów, a nawet nadużyć, o czym świadczy ekstremizm ekologiczny, np. ekofaszyzm uznający rodzaj ludzki za pasożyta na zdrowym ciele Gai i wręcz domagający się eliminacji tego gatunku. Organizacje takie, jak Earth First (Najpierw Ziemia), Gaia Liberation Front (Front Wyzwolenia Gai), Voluntary Human Extinction Movement (Ruch Dobrowolnego Wymierania Ludzkości) głosiły, że dla dobra Ziemi należałoby zmniejszyć populację ludzi o co najmniej 90%, a w pismach propagujących ich idee pojawiały się opinie, że AIDS czy głód w Afryce są słuszną reakcją Gai na przeludnienie, jak też propozycje, by rozsiać na przeludnione kraje wirus supergrypy. Ludzie walczący o realizację programu ekologii głębokiej, dogmatycznie pojmujący zawarte w nim ideały moralne, łatwo popadają w skrajność, uznając, że w imię słusznych zasad wolno stosować wszystkie środki. Waloszczyk sądzi, że ekstremizm ekologiczny jest tylko marginesem ekofilozofii i z poważną, wyważoną etyką środowiskową nie należy go utożsamiać. Nie neguje jednak, że w ekologii głębokiej tkwią dwie przesłanki, z jakich może on wypływać: 1) dosłowna interpretacja zasady równości biocentrycznej, 2) ogólna wizja świata, w jakim chcieliby żyć radykalni ekolodzy. To, że niektóre idee ekologii głębokiej mogą prowadzić (o ile są błędnie odczytane) do antyhumanizmu, podkreśla K. Waloszczyk, nie oznacza jeszcze, że są one fałszywe.

Luc Ferry, krytyk ekologii głębokiej, wskazuje na źródła, specyfikę tej radykalnej postaci myślenia ekologicznego i przestrzega przed zagrożeniami, jakie niesie ona dla współczesnego demokratycznego ładu społecznego⁴³. Radykalna postać ekologicznego myślenia każąca wszystkim „myśleć jak góra”, dbać o interesy wszystkich bytów (także nieożywionych), przyznawać środowisku wartość celu samego w sobie (biosfera jest traktowana jako istota boska) i przyjąć bez dyskusji, że nasze powinności wynikają z samej Natury, nie jest tylko dziwactwem, szaleństwem czy modą, której ulegają zarówno środowiska akademickie, jak i różne partie zielonych i ruchy ekologiczne (Greenpeace, Earth First, Sierra Club). Zaistnienie oraz popularność ekologii głębokiej jest skutkiem upadku dotychczasowych utopii, tradycyjnych wartości – pustką aksjologiczną, ideologiczną, w której znalazły się pokolenia zachodniej cywilizacji (szczególnie w latach sześćdziesiątych i siedemdziesiątych XX wieku) wypełniła ekologia głęboka wraz ze swoją specyficzną metafizyką, epistemologią, aksjologią i ideologią. Jednak wnikliwa analiza założeń ekologii głębokiej ukazuje, podkreśla Ferry, że jest ona ze swej istoty antyhumanistyczna, antydemokratyczna – odrzucając zasadę, że to ludzie ustalają wspólnie normy i wartości, negując wolność człowieka i formułując radykalny program zerwania z tradycjami liberalizmu, ekolo-

⁴³ L. Ferry: *Nowy ład ekologiczny...*

gia głęboka może prowadzić do fundamentalizmu, autorytaryzmu, totalitaryzmu⁴⁴. Ferry nie chce zdyskwalifikować ekologii głębokiej. Niewątpliwie ma ona rację, postulując szacunek dla przyrody. Wątpi on jednak w to, by szacunek ten musiał prowadzić do radykalnej dekonstrukcji humanizmu we wszystkich jego przejawach. Propozycją unikającą skrajności antropocentryzmu bądź radykalnego ekologizmu jest, zdaniem Ferry'ego, ekologia demokratyczna zajmująca się problemami środowiska naturalnego z pozycji politycznego liberalizmu i praw człowieka.

Wnioski

Dokonany przegląd najważniejszych stanowisk wobec wartości życia pokazuje, że w kulturze Zachodu życie zwierząt ceni się znacznie niżej niż życie ludzkie – postawy tej nie zmieniły w sposób istotny coraz częściej propagowane koncepcje biocentryczne. W sytuacjach granicznych, gdy nie potrafimy wskazać istotnych różnic między dyspozycjami psychicznymi zwierzęcia i człowieka lub gdy dyspozycje psychiczne zwierzęcia przewyższają dyspozycje jakiegoś człowieka, mamy kłopot z oceną, które życie jest cenniejsze (chyba że odwołamy się do założeń teologicznych, głoszących świętość ludzkiego życia lub zajmimy stanowisko nazywane szowinizmem gatunkowym). W sytuacji konfliktu interesów człowieka oraz zwierzęcia wyżej stawiamy interesy człowieka. Obrońcy interesów i praw zwierząt, jak też ludzie wrażliwi na los istot zdolnych do odczuwania bólu coraz częściej zadają pytania: Czy dobro człowieka zawsze uzasadnia zabijanie, stosowanie intensywnej hodowli i używanie zwierząt do bolesnych eksperymentów? Czy czasem dobro zwierzęcia może być ważniejsze od dobra człowieka?

Wśród żądań rzeczników wyzwolenia zwierząt jedno są słuszne, jak np. żądanie spełnienia minimum humanitaryzmu w hodowli i zabijaniu zwierząt, żądanie ściślejszej kontroli nad eksperymentami z wykorzystaniem zwierząt, żądanie, by nie traktowano zwierząt okrutnie. Inne żądania są wygórowane, jak np. żądanie powszechnego ścisłego wegetarianizmu, zakaz tresury czy hodowli. Zupełne oddzielenie człowieka od zwierząt (pomijając nierealność tego postulatu) zarówno zubożyłoby ludzi, jak i przyniosło szkody zwierzętom (wiele zwierząt musiałoby zginąć, a w stanie dzikim nie wszystkie żyłyby lepiej niż w warunkach hodowli).

⁴⁴ Podobnie ujmuje to A. Papuziński: *Ekofilozofia – ekologizm – demokracja*. W: *Bioetyka i ekofilozofia*. Red. J. Jaroń. Siedlce 1999.

Głosy obrońców zwierząt są o tyle istotne, że przyczyniają się do wzrostu wrażliwości moralnej ludzi – przynajmniej u tych ludzi, którzy są w stanie sobie uświadomić, że zwierzę nie jest rzeczą, i u których świadomość taka ma wpływ na poczucie wspólnoty z istotami zdolnymi do cierpienia. Szacunek dla zwierząt, traktowanie ich jako istot zdolnych do odczuwania i będących elementem natury, nie wydaje się w sposób konieczny związane z negacją antropocentryzmu.

Ludzie rzadko zadają sobie pytanie, czy niszczenie roślin jest złe. Jeśli rośliny nie czują bólu, to nie można im przypisać interesów, ale czy ich wartość jest tylko użytkowa? Służą one ludziom jako pożywienie, materiał, budulec, źródło lekarstw, są ozdobą i źródłem przeżyć estetycznych. Nie mówi się o okrucieństwie wobec roślin ani o ich zabijaniu, lecz o ich niszczeniu. Ginące gatunki roślin (i zwierząt) objęte są ochroną, ale nie ze względu na świętość ich życia, lecz ze względu na interesy ludzi żyjących obecnie lub przyszłych pokoleń – mimo wszystko staramy się nie naruszyć równowagi biologicznej i chcemy, by świat flory i fauny był bogaty oraz różnorodny. Rośliny w jeszcze większym stopniu niż zwierzęta są poza ochroną moralności. Współcześnie w koncepcji ekologii głębokiej żąda się, by objąć zakresem moralności nie tylko stosunek ludzi do zwierząt i roślin, lecz także do przyrody nieożywionej (skał, pagórków, bagien, rzek, krajobrazów). Twierdzi się tam, że także przedmioty naturalne mają prawo do ochrony nie ze względu na interesy ludzi, lecz ze względu na swoją immanentną wartość. Teza o immanentnej wartości Natury jest tezą metafizyczną i pierwotną wobec innych tez wypowiadanych przez rzeczników ekologii głębokiej – nie sposób jej uzasadnić. Można ją przyjąć lub odrzucić. Sami przedstawiciele ekologii głębokiej nie ukrywają, że aprobowanie tej koncepcji jest nieodłączne od doświadczenia religijnego. Racjonalny dyskurs między rzecznikami antropocentryzmu a fundamentalistami ekologicznymi (biocentryzmem egalitarnym i holizmem) jest ograniczony, jeśli nie niemożliwy. Mogą się oni ze sobą zgodzić, że idea poszanowania Natury jest słuszna, nie zgodzą się zaś co do tego, jak rozumieć samą Naturę i jej prawa oraz jakie miejsce wyznaczyć człowiekowi.

Jednym z poważniejszych zarzutów, jakie antropocentryzm kieruje pod adresem fundamentalizmu ekologicznego, jest to, że u podstaw jego rozumowania tkwi błąd logiczny⁴⁵ zwany sprzecznością performatywną. Polega on na tym, że treść wypowiedzi jest sprzeczna z warunkami jej wypowiedzania, jak w zdaniu: „byłem na statku, który zatonął i z którego nikt nie ocalał”. Inaczej mówiąc, radykalni ekolodzy chcieliby zachować ideę wartości i jednocześnie znieść warunki jej możliwości, zapominając, iż to istoty ludzkie nadały naturze wartość i że przypisywanie naturze wartości „we-

⁴⁵ L Ferry: *Nowy ład ekologiczny...*, s. 122–125.

wewnętrznej”, „samej w sobie” z pominięciem tego, że tylko człowiek zdolny jest wypowiadać sądy o wartościach, jest obarczone wewnętrzną sprzecznością. Rzecznicy ekologii głębokiej nie uważają, by ten zarzut trafiał w zasadność ich poglądu⁴⁶.

Każdy, kto oczekuje jednoznacznych rozstrzygnięć w kwestii wartości ludzkiego życia, może czuć się zawiedziony. Dokonany tutaj przegląd nie daje takich rezultatów. Można jedynie powiedzieć, że nikt nie kwestionuje tezy, że życie ludzkie ma wartość. Zasadnicze różnice dotyczą tego, czy jest to wartość bezwzględna, czy względna, jakie życie i ze względu na jakie cechy ma wartość. Problem wartości życia ludzkiego jest nieodłączny od przyjęcia pewnego wzorca człowieczeństwa. Określenie tego wzorca rozwiniętego pod względem fizycznym i psychicznym człowieka jest na tyle kontrowersyjne, że nie ma wśród ludzi zgodności opinii, czy zygota lub człowiek będący w stanie komatozy podlega normie „nie zabijaj”. Im dalej oddalamy się od przyjętego wzorca człowieczeństwa, tym bardziej dyskusyjne stają się granice ochrony moralnej, jakiej istoty należące do gatunku *homo sapiens* mają podlegać.

Podobnie kształtuje się nasz stosunek do wartości życia zwierząt. Większość zgodzi się, że zabicie konia jest gorsze od zabicia kury. Wielu ludzi nigdy nie zabije kury, ale bez oporów zabija muchy, komary. A już zgoła nieliczni odczuwają moralne opory, gdy zrywają kwiaty (choć to też żywe istoty). Niewykluczone, że jest tak dlatego, że: „Nasz stosunek do życia nie ma charakteru totalnego. Jeśli zatem przypisujemy pewnym organizmom żywym określoną wartość, to **nie dlatego, że są one żywe**, lecz dlatego, że przysługują im pewne określone cechy; w im większym stopniu są one rozwinięte i zdolne do wykształcenia określonych dyspozycji psychicznych, tym bardziej skłonni jesteśmy je cenić. Natomiast życie samo przez się, życie pozbawione wszelkich cech wartościotwórczych, jest co najwyżej koniecznym warunkiem życia, które warto jest, by je przeżyć, lub życia godnego człowieka.”⁴⁷

⁴⁶ Por. dyskusja K. Waloszczyka z Z. Piątek w: „Edukacja Filozoficzna” 1998, T. 26, s. 57–78.

⁴⁷ Z. Szawarski: *Wartość...*, s. 76.

Rozdział III

Od kiedy istnieje człowiek? Spór o istotę człowieczeństwa

Postawione pytanie może wydać się dziwne i nie na miejscu dla ludzi nie zastanawiających się nad tą kwestią lub tych, którzy mają jednoznaczne poglądy w tej sprawie. Jak to, od kiedy? Od momentu zapłodnienia, to oczywiste – powiedzą jedni. Nie, dopiero od momentu urodzin, bo dopiero wtedy stajemy się samoistnym organizmem, członkiem społeczeństwa, od tego też momentu możemy mieć imię oraz liczy się czas naszego życia – kategorycznie stwierdzą inni. Będą i tacy, którzy oddziela początek życia ludzkiego od problemu człowieczeństwa. Na co dzień zwykle nie mamy kłopotów z odróżnieniem ludzi od innych istot żywych i nie odczuwamy potrzeby stawiania takich pytań. Bywają jednak sytuacje, kiedy nasza zdroworozsądkowa pewność kończy się oraz trzeba określić, kiedy zaczyna się, a kiedy kończy się indywidualne istnienie ludzkie, od jakiego momentu przysługuje mu prawo do życia, a kiedy ono wygasa.

Spór o kryteria człowieczeństwa nie jest sporem akademickim. Chodzi w nim o ustalenie moralnych uprawnień każdego, kto należy do klasy istot ludzkich oraz o sformułowanie zaleceń i ocen dotyczących działań skierowanych na człowieka. Rozważający takie kwestie, jak: aborcja, diagnostyka, terapia i eksperymenty w fazie prenatalnej, metody kontroli urodzeń, prokreacja medycznie wspomagana, eugenika, eutanazja, chcą ustalić, które działania są dobre i wskazane, które są złe oraz powinny być zakazane, a które (nawet pomimo wątpliwości) można moralnie usprawiedliwić i dopuścić.

Istnieje wiele sposobów oznaczania granic człowieczeństwa. Kryteria człowieczeństwa mogą być formułowane z wykorzystaniem wiedzy biologicznej, medycznej, filozoficznej, socjologicznej, psychologicznej, a funkcję naczelnych założeń mogą w nich pełnić założenia religijne.

Kryterium genetyczne

Kryterium to jest formułowane w postaci następujących zdań¹:

- „Każdy, kto należy do gatunku *homo sapiens*, jest człowiekiem.”
- „Każdy, kto został poczęty przez mężczyznę i kobietę, jest człowiekiem.”
- „Każdy, kto został poczęty przez ludzkich rodziców, jest jedynym w swoim rodzaju niepowtarzalnym indywiduum.”
- „X jest istotą ludzką, bo został poczęty przez ludzkich rodziców.”
- „Osoba ludzka istnieje od momentu zapłodnienia komórki jajowej.”
- „Byt wyposażony w ludzki kod genetyczny jest człowiekiem.”

Kryterium genetyczne najczęściej jest wypowiedziane przez przedstawicieli światopoglądu religijnego (katolików, protestantów). Stanowisko to obowiązuje w oficjalnej doktrynie Kościoła katolickiego: zostało wyrażone w encyklice Jana XXIII *Mater et Magistra*, dokumentach II Soboru Watykańskiego, w encyklice Pawła VI *Humanae Vitae*, w watykańskiej *Instrukcji o szacunku dla rodzącego się życia ludzkiego i godności jego przekazywania*, w encyklice Jana Pawła II *Evangelium vitae* oraz w *Katechizmie Kościoła Katolickiego*. Przyjęcie i stosowanie tego kryterium nie musi się wiązać z religią – ateista czy agnostyk także może przyjąć kryterium genetyczne i równie mocno potępiać aborcję.

Część zwolenników kryterium genetycznego uznaje², że jest to kryterium proste, oczywiste i naukowe. To nauka (genetyka, biologia) bezspornie ustaliła początek człowieczeństwa, tym samym nie można mieć wątpliwości, że należy potępić moralnie (i zabronić prawnie) wszelkich działań wymierzonych przeciwko życiu niewinnego człowieka (aborcja, zapłodnienie *in vitro*, eksperymenty na embrionach, eutanazja, antykoncepcja). Pozostali podkreślają, że kryterium genetyczne nie jest konstatacją faktu naukowego, bo nauka nie odpowiada na pytanie o istotę człowieczeństwa. Pojęcie „istoty ludzkiej” czy „osoby ludzkiej” nie jest pojęciem biologicznym, lecz filozoficznym. Zaznaczają jednocześnie, że nie należy

¹ Z. Szawarski: *Etyka i przerywanie ciąży*. W: *W kręgu życia i śmierci*. Red. Z. Szawarski. Warszawa 1987, s. 170–173; E. Klimowicz: *Filozoficzne i etyczne podstawy poglądów na temat aborcji*. W: *Polityka i aborcja*. Red. M. Chałubiński. Warszawa 1994, s. 17–18; J. Mahoney: *Bioetyka i wiara: początek życia*. „Znak” 1991, nr 11.

² Np. J. Noonan, T.J. O'Donnell, P. Ramsey, których poglądy cytuje Z. Szawarski: *Etyka...*, s. 171–172. Por. także W. Bołoz: *Życie w ludzkich rękach*. Warszawa 1992, s. 176; Z. Stawrowski: *Rozmowa o aborcji*. „Znak” 1991, nr 10, s. 65; B. Wolniewicz: *Kilka tez do sporu o aborcję*. W: *Idem: Filozofia i wartości*. Warszawa 1993, s. 270–277.

tę kryterium traktować jako arbitralnego wyboru – sądzą, że właśnie w tym kryterium odkrywana jest obiektywna prawda o człowieku³.

Krytycy kryterium genetycznego zwracają uwagę na to, że nie jest to kryterium oczywiste, niezawodne i pozbawione arbitralności. W procesie zapłodnienia może dojść do nieprawidłowości (np. zaśniedział groniasty, potwórniak) i trudno traktować to, co powstaje w wyniku zapłodnienia, jako człowieka⁴. Nauka (biologia, embriologia) nie rozstrzyga problemów moralnych, a do takich należy problem człowieczeństwa. To, że jakiś organizm należy do gatunku ludzkiego, nie oznacza, że ma on jakieś moralne uprawnienia. Kryterium genetyczne, jeśli weźmiemy pod uwagę tylko jego opisowy aspekt, jest prawdziwym twierdzeniem o faktach. Słowo „człowiek” oznacza wtedy tylko egzemplarz należący do gatunku *homo sapiens*, i nic więcej. To samo kryterium możemy odnieść do wszystkich gatunków. Możemy wygłosić inne prawdziwe twierdzenia: „Byt wyposażony w koci kod genetyczny jest kotem”, „Każdy, kto należy do gatunku *equus* nabywa w momencie zapłodnienia właściwy mu kod genetyczny”. Z faktu, że X ma kod genetyczny specyficzny dla określonego gatunku, nie wynika moralny nakaz ochrony jego życia. To, że z biologicznego faktu przynależności do gatunku *homo sapiens* wywodzimy konkluzje moralne, spowodowane jest nie samym faktem, lecz przyjęciem przesłanki wartościującej, która głosi, że życie przedstawiciela gatunku *homo sapiens* ma wartość moralną. (Na marginesie warto odnotować, że zarzut ten można odnieść do wszystkich kryteriów człowieczeństwa i prób definiowania istoty człowieczeństwa – z takiego czy innego określenia człowieczeństwa nie wynika jeszcze żaden wniosek normatywny, wynika dopiero wtedy, gdy założymy, że spełnienie podanych warunków jest cechą moralnie znaczącą).

Tej przesłanki wartościującej nie może dowieść ani obalić żadna nauka przyrodnicza – jest to kwestia filozoficzna, teologiczna. To, że przynależność do gatunku *homo sapiens* uznajemy za cechę moralnie znaczącą, jest związane z naszymi przekonaniami światopoglądowymi. Jest to też zrozumiałe z innego powodu – mamy upodobanie do własnego gatunku, jest on nam bliższy niż inne gatunki. Przypisujemy człowiekowi i tylko jemu prawo do życia nawet bez znajomości specyfiki ludzkiego kodu genetycznego. Większość ludzi przyjmuje tę przesłankę wartościującą za prawdę oczywistą⁵. Nie dla wszystkich ludzi jest to teza oczywista oraz niepodważalna. obrońca

³ L. Niebrój: *U początków ludzkiego życia*. Kraków 1997, s. 54–55; A.J. Katolo: *ABC bioetyki*. Lublin 1997, s. 34; T. Ślipko: *Za czy przeciw życiu. Pokłosie dyskusji*. Kraków–Warszawa 1992, s. 30–31; J. Mahoney: *Bioetyka i wiara: początek życia*. „Znak” 1991, nr 10, s. 27–28.

⁴ N.M. Ford: *Kiedy powstałem? Problem początku jednostki ludzkiej w historii, filozofii i w nauce*. Warszawa 1995, s. 115, 116, 153–170.

⁵ E. Klimowicz: *Filozoficzne...*, s. 18–19; Z. Szawarski: *Etyka...*, s. 172–174.

zwierząt będzie twierdził, że przywiązanie do własnego gatunku i przyznanie tylko jemu praw moralnych jest wyrazem szowinizmu gatunkowego; zwierzęta też mają prawo do życia choćby dlatego, że ich gatunkowy kod genetyczny jest także określony, specyficzny, niepowtarzalny.

Wśród zarzutów formułowanych wobec kryterium genetycznego umieszcza się również taki, który głosi, iż zapłodnione jajo czy implantowana w macicy grupa komórek na tyle jest człowiekiem, na ile żołądź jest dębem⁶. Zapłodnienie to tylko początek procesu stawania się człowiekiem, dopiero wtedy, gdy ten proces się zakończy, można mówić o powstaniu organizmu ludzkiego, który jest objęty ochroną moralną.

Kryteria rozwojowe

Kryterium genetyczne miało charakter strukturalny – przypisywało człowiekowi stałą, niezmienną własność, nabytą w momencie zapłodnienia. Kryteria rozwojowe mają charakter funkcjonalny, uznają, że „stawanie się człowiekiem” ma charakter złożonego procesu i w zależności od stopnia rozwoju organizmu ludzkiego można mu przypisać prawa typowe dla dorosłych ludzi. Stopień rozwoju organizmu jest wyznaczany przez pewną funkcję organiczną, natomiast wybór takiej czy innej funkcji jako istotnej dla człowieczeństwa decyduje o treści przyjętego kryterium rozwojowego. Zwolennicy kryteriów rozwojowych nie kwestionują, że zygota jest człowiekiem, ale tylko pod względem biologicznym. Wątpią, by istota człowieczeństwa tożsama była z byciem ludzkim organizmem biologicznym. Ich zdaniem człowieczeństwo to cecha (lub zbiór cech), która pojawia się na pewnym etapie rozwoju biologicznego organizmu i ma aspekt psychologiczny, socjologiczny, kulturowy (rzadko metafizyczny).

Wszystkie kryteria rozwojowe, zdaniem Z. Szawarskiego, niezależnie od różnic w treści mają tę samą strukturę formalną, „wszystkie bowiem przyjmują zgodnie, że istnieje pewna taka cecha P, którą organizm nabywa w pewnym określonym momencie swojego rozwoju, i fakt, że organizm posiada ową cechę, wystarcza, by można go było uznać za człowieka”⁷.

⁶ J.J. Thomson: *Obrona sztucznego poronienia*. W: *Nikt nie rodzi się kobietą*. Wybór, przekł., wstęp T. Hołówa. Warszawa 1982, s. 233.

⁷ Z. Szawarski: *Etyka...*, s. 176.

Kryterium neurologiczne

Rozwój medycyny, jaki dokonał się w latach sześćdziesiątych XX wieku (szczególnie technik transplantacyjnych i reanimacyjnych), sprawił, że pojawiła się potrzeba określenia momentu śmierci. W 1968 r. *Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School* opracował nową definicję śmierci (w 1972 r. zmodyfikował ją zespół badaczy z Instytutu Bioetyki w Hastingson–Hudson). Harwardzka definicja głosi: jeśli pacjent nie reaguje na bodźce zewnętrzne, nie rusza się ani nie oddycha, nie stwierdza się żadnych odruchów i krzywa EEG jest płaska (a wcześniej nie stosowano leków tonizujących lub hipotermii), wówczas można przyjąć, że pacjent jest martwy⁸. W definicji tej za moment śmierci człowieka przyjęto nieodwracalną śmierć mózgu. Jeśli więc życie ludzkie kończy się, gdy umiera mózg, to można przyjąć, że zaczyna się ono wraz z jego ukształtowaniem i pojawieniem się aktywności – twierdzą zwolennicy neurologicznego kryterium człowieczeństwa. Aktywność mózgu uznaje się tu za swoistą cechę człowieczeństwa, to ona wyznacza zarówno początek, jak i koniec ludzkiego życia. W myśl tego kryterium płód staje się człowiekiem, gdy zaczyna funkcjonować jego mózg, a ma to miejsce około szóstego tygodnia od zapłodnienia. Cały układ nerwowy jest w pełni ukształtowany dopiero pod koniec 3. miesiąca. Warunkiem pojawienia się aktywności mózgu jest odpowiednio rozwinięty układ krążenia i układ nerwowy. Serce zaczyna bić w 2. tygodniu od zapłodnienia. Początek człowieczeństwa przypadałby gdzieś na 2 do 6 tygodni od zapłodnienia. Zwolennik kryterium neurologicznego Baruch Brody sądzi, że płód zaczyna stawać się człowiekiem około 2. tygodnia od zapłodnienia i jest w pełni ukształtowaną istotą ludzką pod koniec 3. miesiąca ciąży⁹.

Harold J. Morowitz i James S. Trefil przesuwają tę granicę jeszcze dalej¹⁰. Sądzą oni, że gatunek ludzki uzyskał człowieczeństwo wtedy, gdy rozwinęła się rozrośnięta kora mózgowa. Wobec tego płód ludzki uzyskuje człowieczeństwo wtedy, gdy jego kora zaczyna funkcjonować. Dzieje się to, gdy w mózgu wykształcą się synaptyczne połączenia. Proces ten, podkreślają, zaczyna się około 24. tygodnia życia płodowego i trwa dłuższy czas po urodzeniu. Nie ma jednego momentu, w którym można powiedzieć, że płód ma już sprawnie działającą korę mózgową i na pewno jest człowiekiem. „To, co następuje na początku 3. trymestru, nie jest uzyskaniem człowieczości, ale utratą przez nas pewności. W stosunku do okresu wcześniejszego mo-

⁸ Ibidem.

⁹ Koncepcję Brody'ego omawia Z. Szawarski: *Etyka...*, s. 177–178.

¹⁰ H.J. Morowitz, J.S. Trefil: *Jak powstaje człowiek. Nauka i spór o aborcję*. Warszawa 1995.

zemy przedstawić przekonujące argumenty na to, że płód nie uzyskał jeszcze człowieczości. Jednakże z chwilą, kiedy zaczyna się gwałtowne przyspieszenie tworzenia synaps, niemożliwe jest już tego rodzaju twierdzenie. Nie możemy powiedzieć, że człowieczość **została** uzyskana, ani że **nie została uzyskana**. Jest to klasyczny przypadek szarej strefy.”¹¹ Chociaż początek długiego procesu uzyskiwania człowieczeństwa jest nieprecyzyjnie wyznaczony, trzeba przyjąć 24. tydzień za punkt graniczny w rozwoju jednostki i od tego momentu objąć płód ochroną moralną i prawną – twierdzą autorzy.

Przyjęcie neurologicznego kryterium człowieczeństwa teoretycznie dopuszczałoby aborcję we wczesnym stadium ciąży (do 2 tygodni), w praktyce nie mogłoby być stosowane – wtedy, gdy wiadomo, że kobieta jest w ciąży, płód staje się człowiekiem oraz nabywa prawa do życia. Jest to kryterium bardzo nieostre i niepewne choćby dlatego, że przyjmuje rozległy okres stawania się człowiekiem. Poza tym można zgłosić wątpliwości, czy definicja śmierci mózgu daje podstawę do ustalania początków człowieczeństwa – początek i kres człowieczeństwa nie musi być tym samym. Z. Szawarski uważa, że nieodwracalna śmierć mózgu nie jest kryterium definicyjnym ustania człowieczeństwa¹². To, że przyjmują je powszechnie lekarze oraz stosują w praktyce medycznej, oznacza jedynie, że w wypadku śmierci mózgu pacjenta czują się moralnie usprawiedliwieni z rezygnacji z dalszego podtrzymywania jego życia. Człowiek o nieodwracalnie uszkodzonym mózgu (u którego nastąpiła śmierć mózgu), żyjący dzięki aparaturze, jest nadal człowiekiem.

Kryterium neurologiczne, podkreśla E. Klimowicz, bywa czasem formułowane w innej wersji. Wtedy kładzie się nacisk na zależne od rozwoju mózgu właściwości psychiczne – szczególnie chodzi o zdolność do odczuwania cierpienia. Tę wersję kryterium neurologicznego można nazwać kryterium patocentrycznym, bo za cechę moralnie znaczącą uznaje się tu zdolność do odczuwania cierpienia i głosi się, że prawo do życia ma każda istota mająca tę własność. „Niewątpliwie zdolność do odczuwania bólu posiada człowiek dorosły, niemowlę, a być może – nawet dostatecznie dojrzały płód. Jednakże nie jest to cecha wyłącznie ludzka. Posiadają ją bowiem niektóre zwierzęta [...]. Toteż na mocy tego kryterium – podobnie, jak na mocy kryterium neurologicznego, należałoby przyznać prawo do życia nie tylko ludziom (przynajmniej od pewnego momentu w ich rozwoju), ale także niektórym zwierzętom, odmówić zaś tego prawa istotom biologicznie ludzkim, których mózg nie rozwinął się do tego stopnia, by ta zdolność mogła się pojawić.”¹³

¹¹ Ibidem, s. 156.

¹² Z. Szawarski: *Etyka...*, s. 179.

¹³ E. Klimowicz: *Filozoficzne...*, s. 24.

Kryterium animacji

Arystoteles uważał, że możliwość wyczucia ruchu płodu wiąże się z różnicowaniem jego części i przypada około 40. dnia w wypadku płci męskiej i 90. dnia w wypadku płci żeńskiej¹⁴. Rozróżnienie to przejął św. Tomasz, nadając mu interpretację teologiczną. Głosił on teorię animacji pośredniej, w myśl której poruszenie się embrionu jest znakiem, że otrzymał on duszę i od tego momentu jest istotą ludzką. Teoria animacji pośredniej (sukcesywnej) była oficjalną doktryną Kościoła aż do połowy XIX wieku¹⁵ (obecnie Kościół skłania się ku teorii animacji bezpośredniej) i współcześnie ma swoich zwolenników wśród teologów i etyków. Nikt wprawdzie nie twierdzi za św. Tomaszem, że kobieta otrzymuje duszę później niż mężczyzna, podkreśla się jedynie to, że animacja następuje później niż w momencie zapłodnienia. Współczesny teolog Joseph F. Donceel SJ wyraża opinię, iż nie ma duszy (a więc i istoty ludzkiej) w ciągu pierwszych tygodni ciąży, kiedy embrion znajduje się w wegetatywnym stadium rozwoju¹⁶.

W Polsce teorię animacji sukcesywnej przyjmuje ks. Tadeusz Ślipko. Sądzi on, że teoria animacji pośredniej jest bardziej prawdopodobna niż teoria animacji bezpośredniej, bo pozwala lepiej (bez popadania w sprzeczność z metafizyczną tezą o jedności, niepodzielności i jedności duszy ludzkiej) wyjaśnić pewne fakty biologiczne odkryte przez współczesną naukę¹⁷. Gdyby przyjąć teorię animacji bezpośredniej (dusza pojawia się po zrośnięciu gamet w zygotę), wtedy trudno byłoby wyjaśnić podział zygoty na dwa bliźniacze embriony (jedna dusza „dzieli się” na dwie, a może w zygocie były już dwie dusze?) lub zlewania się dwu zygot w jeden embrion (embrion formowany przez dwie dusze nie może być jednym bytem osobowym), co czasem występuje zanim dokona się implantacja. Zdaniem T. Ślipki „uznać należy za niepodlegający wątpliwości na gruncie filozofii chrześcijańskiej fakt, że po implantacji mamy do czynienia zawsze z osobowym, bo ożywionym duszą ludzkim embrionem. Ma on wyraźnie już wyznaczoną linię rozwoju ontogenetycznego, którego kresem jest w pełni rozwinięta osoba ludzka. Przysługuje mu zatem nieodłącznie z animacją związany atrybut osobowej godności człowieka wraz ze wszystkimi tego stanu konsekwencjami [...]. W tym stanie rzeczy, zakładając mniejsze prawdopodobieństwo animacji równocze-

¹⁴ Arystotelesowską koncepcję rozrodu człowieka i jej wpływ na chrześcijaństwo omawia N.M. Ford: *Kiedy powstałem? Problem początku jednostki ludzkiej w historii, filozofii i w nauce*. Warszawa 1995, s. 43–71.

¹⁵ Z. Szawarski: *Etyka...*, s. 178–180; E. Klimowicz: *Filozoficzne...*, s. 27; J. Hurst: *Historia aborcji w Kościele katolickim*. Warszawa 1991.

¹⁶ Ibidem.

¹⁷ T. Ślipko: *Granice życia. Dylematy współczesnej bioetyki*. Warszawa 1988, s. 126–140.

snej, trzeba się liczyć z krótkim co prawda, ale realnym okresem, w którym zygota jako samodzielny twór biologiczny i podmiot intensywnych i złożonych procesów rozwojowych funkcjonuje jako byt ludzki, ale nieanimowany. Nie można mu przeto przypisywać osobowej godności człowieka i płynących stąd moralnych uprawnień.”¹⁸ Autor szybko zastrzega jednak, że zygota ma inny status niż byt przyrodniczy czy tkanka organiczna – ma ona status moralny, bo partycypuje w moralnej godności osoby ludzkiej.

Na inne trudności związane z teorią animacji równoczesnej zwraca uwagę teolog John Mahoney SJ¹⁹. Chodzi tu o takie zjawiska, jak: wysoka liczba (co najmniej 30%) zapłodnionych jaj, które w sposób samoistny są wydalone z organizmu kobiety, wysoka śmiertelność (w niektórych krajach utrzymuje się ona do dziś) noworodków, anomalie w rozwoju embrionalnym. Wątpliwe jest, by Bóg dawał wszystkim embrionom duszę nieśmiertelną, wiedząc (decydując?), że się nie urodzą lub umrą zaraz po urodzeniu. Wątpliwe jest, by Bóg „obdarzał” duszą tylko te zarodki, które mają szansę się urodzić. Wizja Boga szachisty czy Boga podległego Naturze jest nie do przyjęcia – konkluduje Mahoney.

Wieloznaczność terminu „animacja” (może on oznaczać ożywienie, uduchowanie, tchnienie duszy, poruszenie), jak wskazuje Z. Szawarski, pozwala interpretować to kryterium zarówno w kategoriach religijnych (jak to sformułowano powyżej), jak i w świeckich. Można traktować poruszenie się embrionu jako moment społecznego poczęcia. „Od tego momentu embrion rzeczywiście istnieje dla rodziców jako żywa, doświadczana przez nich istota. Przestaje być anonimowym organizmem biologicznym, a staje się kimś, kto ma niejako charakter osoby i jest rzeczywiście postrzegany w kategoriach osobowych.”²⁰

Kryterium animacji rozumianej religijnie (uduchowanie) w zasadzie prowadzi do potępienia wszelkiej aborcji i środków wczesnoporonnych. Przyjęcie kryterium animacji rozumianej jako poruszenie się (co następuje między 13. a 20. tygodniem ciąży) oraz przyjęcie, że stanowi ono granicę między organizmem biologicznym i organizmem ludzkim, może prowadzić do uznania, że do momentu poruszenia się płód jest poza ochroną moralności. Kryterium to jest zbyt subiektywne – jedna kobieta odczuje ruchy płodu wcześniej, inna później; to, że kobieta nie czuje ruchów płodu, nie znaczy, że płód się nie porusza. Poza tym, przyjmując zdolność do poruszania się za cechę definicyjną człowieka, musielibyśmy odmówić człowieczeństwa wszystkim sparaliżowanym.

¹⁸ Ibidem, s. 135.

¹⁹ J. Mahoney: *Bioetyka i wiara: początek życia*. „Znak” 1991, nr 11, s. 22–23.

²⁰ Z. Szawarski: *Etyka...*, s. 180.

Kryterium zdolności do samoistnego istnienia

Zdaniem niektórych bioetyków²¹ najprościej i najlepiej powstrzymać się od przypisywania embrionowi jakiegokolwiek statusu prawnego czy religijnego w ciągu dwóch pierwszych tygodni, potem uznać, że embrion nabiera ważności, a dopiero wtedy, gdy jest zdolny do samoistnego istnienia (około 28. tygodnia ciąży, a nawet od 24. tygodnia ciąży) powinien mieć te same prawa, co noworodek. Przyjmuje się tutaj, że zdolny do samoistnego istnienia poza organizmem matki embrion niczym nie różni się od urodzonego dziecka. Kryterium to stosowane jest w praktyce lekarskiej (wcześniaka traktuje się tak samo jak normalnie urodzone dziecko) i prawniczej (prawo chroni istoty ludzkie zdolne do samoistnego istnienia).

Kryterium to, zdaniem Z. Szawarskiego, wystarcza do ustalenia statusu prawnego płodu, nie nadaje się natomiast do ustalenia człowieczeństwa płodu. Jest ono równie niepewne oraz arbitralne jak kryterium animacji. Zdolność do samoistnego istnienia, rozumiana jako zdolność do istnienia poza i niezależnie od organizmu matki, zależy od wielu niewymiernych czynników:

- od stopnia rozwoju i stanu zdrowia embrionu – im bardziej rozwinięty i zdrowy jest embrion, tym większe ma szanse na przeżycie w wypadku przedwczesnego porodu,
- od zdrowia matki, sytuacji ekonomicznej rodziny – im zdrowsza i żyjąca w lepszych warunkach kobieta, tym większa szansa na to, że płód będzie się rozwijał szybciej,
- od dostępnych technik inkubacyjnych i rozwoju medycyny – coraz częściej udaje się podtrzymać przy życiu wcześniaki urodzone przed 28. tygodniem ciąży, wcześniak urodzony w dużym mieście ma o wiele większe szanse przeżyć niż wcześniak urodzony w małym mieście czy na wsi oddalonej od nowoczesnych szpitali, wyposażonych w aparaturę inkubacyjną i reanimacyjną.

Praktyczne konsekwencje proponowanego kryterium są znaczne – należałoby odmówić człowieczeństwa wszystkim istotom *homo sapiens* niezdolnym do samoistnego istnienia: 1) ludziom całkowicie sparaliżowanym, 2) ludziom, których życie jest sztucznie podtrzymywane, 3) ludziom niewidomym, nie umiejącym samodzielnie poruszać się po zatłoczonym mieście, 4) noworodkom, które bez pomocy, opieki rodziców czy opiekunów nie miałyby szans na przeżycie.

Lista kryteriów rozwojowych nie jest ustalona ani zakończona. Można na niej umieścić jeszcze inne kryteria: kryterium metamorficzne, kryterium

²¹ M. Potts: *The Problem of Abortion*. In: *Biology and Ethics*. Ed. F.J. Ebling. London–New York 1969, podaje za: Z. Szawarski: *Etyka...*, s. 181.

segmentacji, kryterium jednostkowienia, kryterium psychologiczne. Kryterium metamorficzne przyjmuje, że płód staje się człowiekiem wtedy, gdy zostaje zakończony proces kształtowania się organizmu pod względem morfologicznym, co następuje w 8. miesiącu ciąży. Kryterium segmentacji odnosi się do bliźniąt monozygotycznych – w wypadku tych bliźniąt zapłodnione jajeczko dzieli się na dwa odrębnie rozwijające się organizmy dopiero w siedem, osiem dni od zapłodnienia; do tego czasu nie mamy do czynienia z istotą ludzką. Kryterium jednostkowienia, proponowane przez N. Forda, jest właściwie odmianą kryterium segmentacji. Powołując się na wyniki badań embriologicznych, twierdzi on, iż dopóki mogą się wykształcić identyczne bliźnięta (do momentu pojawienia się smugi pierwotnej w 2 tygodnie po zapłodnieniu), zarodek ludzki jest genetycznie niepowtarzalny, ale brak mu jednostkowości i niezmiennej ludzkiej tożsamości. Dopiero „kiedy wewnątrz wzrastającego zarodka wyznaczone zostaną określone miejsca [...] do rozwoju swoistych struktur, układów, narządów, jest to oznaka, że uformowana została i aktualnie istnieje wielokomórkowa ontologiczna jednostka ludzka [...]. Po osiągnięciu stadium smugi pierwotnej rozstrzygnięta jest już kwestia, czy uformuje się jeden, czy też dwa ostateczne zarodki [...]. Te wszystkie procesy rozwojowe są biologicznie nieodwracalne [...]. W przeciwieństwie do komórek bakterii, ameby czy zygoty jednostka ludzka nie ma możliwości, by wytworzyć identyczne bliźnięta przez podział. Nasze doświadczenie niezmiennie pokazuje, że przecinając jednostkę ludzką na pół, po prostu się ją zabija.”²²

Kryterium psychologiczne zakłada, że swoistą cechą człowieka jest świadomość samego siebie, własnych pragnień i umiejętność myślenia. Te własności pojawiają się u człowieka w jakiś czas po urodzeniu. Zwolennicy tego kryterium uznają, że embriion, płód ludzki nie jest człowiekiem. Problematyczny jest dla nich także status moralny noworodków i dzieci.

W miarę rozwoju medycyny pojawiają się zapewne jeszcze inne kryteria rozwojowe. „Rzecz jednak w tym, że rozwój embrionalny człowieka stanowi pewne kontinuum i każde dowolne stadium owego kontinuum może być uznane za definicyjną cechę człowieka. W sporze o to, czy lepsze jest kryterium animacji, czy zdolności do samoistnego istnienia, nie ma właściwie żadnych rozstrzygających racji na rzecz jednego lub drugiego kryterium.”²³

²² N.M. Ford: *Kiedy powstałem...*, s. 219–220.

²³ Z. Szawarski: *Etyka...*, s. 182.

Kryterium urodzin

Kryterium genetyczne i kryteria rozwojowe (z wyjątkiem kryterium psychologicznego) zakładały, że stajemy się człowiekiem w momencie zapłodnienia lub w jakiś czas po tym, ale jeszcze przed urodzeniem. Kryterium narodzin głosi: „X nie jest człowiekiem, póki nie został urodzony.” W praktyce przyjęcie tego kryterium może prowadzić do wyjęcia płodu spod ochrony moralności (dopuszczenie aborcji w dowolnym momencie ciąży, przyzwolenie na eksperymenty na płodzie, użycie go do transplantacji). Jeśli przyjęłoby się jeszcze mocniejszą interpretację, głoszącą, że urodzony organizm ludzki musi ponadto osiągnąć swoisty dla człowieka poziom rozwoju (np. posługiwanie się językiem, przejęcie tradycji kulturowej, bycie osobą), dopuściłoby się nawet dzieciobójstwo, bo noworodek nie spełnia podanych warunków.

Zwolennicy kryterium urodzin, zdaniem Z. Szawarskiego, przytaczają co najmniej cztery rodzaje argumentów na poparcie swojego stanowiska.

1. Argumenty lingwistyczne dotyczą znaczenia słowa „człowiek” w wyrażeniach „zygota jest człowiekiem”, „zygota nie jest człowiekiem”. Jest to spór semantyczny, ale ma istotne konsekwencje moralne. Analiza potocznego użycia słów przeprowadzona w celu ustalenia ich właściwego znaczenia ujawnia, że ludzie mają bardzo różne intuicje językowe. Jedni uważają, że skoro w języku używa się różnych terminów²⁴ (jajeczko, nasienie, zygota, embriion, płód, człowiek), to sam język zakłada istotne różnice między desygnatami terminów. Wobec tego absurdem jest nazywać zapłodnione jajeczko człowiekiem. Ale są i tacy, którzy stanowczo utrzymują, że jest rzeczą lingwistycznie właściwą nazywać zygotę, embriion (a może nawet nasienie czy jajeczko) nie narodzonym potomstwem. Argumentacja lingwistyczna, podkreśla Z. Szawarski, nie rokuje możliwości rozstrzygnięcia problemu kryteriów człowieczeństwa.

2. Argumenty antropologiczne wysuwane są najczęściej przez autorów o orientacji biologicznej i socjologicznej. Głoszą oni tezę, że nie rodzimy się człowiekiem, lecz stajemy się nim w procesie socjalizacji, ucząc się języka oraz kultury społeczeństwa, do którego należymy. W momencie urodzin jesteśmy człowiekiem tylko w sensie biologicznym, egzemplarzem gatunku *homo sapiens*, ale nie jesteśmy człowiekiem w sensie społecznym. Stajemy się nim dopiero w miarę rozwoju intelektualnego, przyswajania sobie

²⁴ Pojęcie płodu nie jest jednoznaczne. W embriologii wyróżnia się trzy fazy rozwojowe: fazę preembrionalną (zygota lub preembrion, do momentu implantacji), fazę embrionalną – do 8. tygodnia ciąży, fazę płodową od 9. tygodnia do urodzenia.

języka, uczestnictwa w życiu społecznym (za przełomowy moment w tym procesie uznaje się pierwszy rok życia). Dopiero wkroczenie w tradycję kulturową odróżnia człowieka od zwierząt. Nie sposób zanegować tezy, że w sensie społecznym stajemy się ludźmi dopiero w jakiś czas po urodzeniu. Można spierać się o to, jaki czas jest niezbędny dla procesu socjalizacji, jakie są istotne jego wyznaczniki, czym jesteśmy przed socjalizacją i czy już wtedy nie powinniśmy podlegać jakiejś ochronie moralnej i prawnej? A właściwie, dlaczego człowieczeństwo w sensie społecznym ma być ważniejsze od innych ujęć (przyrodniczych, teologicznych)? Gdyby traktować to kryterium dosłownie to dzieci wychowane przez zwierzęta, czy istoty ludzkie tak głęboko upośledzone, że nigdy nie nauczą się języka i nie wejdą w relacje społeczne, trzeba by traktować tak samo jak zwierzęta i odmawiać im praw ludzkich. Zawężenie człowieczeństwa, proponowane tutaj, wnosi raczej niewiele, podkreśla Z. Szawarski, do dyskusji o początkach życia ludzkiego.

3. Argumenty prawne – także dla prawników momentem zwrotnym w przyznaniu człowiekowi praw jest urodzenie. Powody, dla których tak czynią, są różne. Podróżując środkami komunikacji, kobieta w ciąży musi wykupić tylko jeden bilet, posługuje się jednym paszportem. Przed urodzeniem nie można dziecka ochrzcić ani nadać mu imienia. Prawo zazwyczaj nie uznaje, że płód ma te same prawa co urodzone dziecko. Prawo karne w wielu krajach dopuszcza, by poświęcić płód w wypadku zagrożenia życia czy zdrowia matki. Noworodek traktowany jest już w inny sposób. Prawnicy nie mają wątpliwości, że trzeba chronić istotę zrodzoną przez ludzką matkę, że inny jest status prawny płodu, a inny urodzonego dziecka. Argumenty prawników nie wnoszą jednak niczego do kwestii statusu moralnego płodu. Właśnie ze względów moralnych, zdaniem Szawarskiego, istota poczęta przez ludzkich rodziców powinna znaleźć się pod ochroną prawa na jakiś czas przed urodzeniem, choćby dlatego, by zapobiec używaniu płodów do eksperymentów.

4. Argumenty filozoficzne. Niektórzy kwestionują postulat, by każda istota zrodzona przez kobietę znalazła się pod ochroną prawa. Ze względów moralnych, twierdzą, należy raczej zabić dzieci urodzone z głębokimi i nieodwracalnymi wadami genetycznymi, niż skazywać je na życie. Argumentacja na rzecz takiego stanowiska przebiega zwykle następująco. Po pierwsze, przyjmuje się, że głęboko zdeformowany noworodek jest istotą ludzką, ale istnieją dobre racje, aby w jego własnym interesie oraz interesie osób istniejących (rodziców, społeczeństwa) lub tych, co mogą się narodzić, przyzwolić na jego unicestwienie (rozumowanie typowe dla utylitaryzmu). Po drugie, przyjmuje się, że noworodek z głębokimi wadami nie spełnia kryterium człowieczeństwa i wobec tego ani rodzice, ani lekarze nie mają obowiązku utrzymywać go przy życiu. Ten drugi sposób argumentacji jest wspierany racjami filozoficznymi. Przykładem może być koncepcja Michaela Tooleya, który proponuje, by prawa ludzkie przyznać tylko tym, którzy

spełniają definicję osoby²⁵. Osoba to istota, która ma świadomość samej siebie jako podmiotu doznań i stanów psychicznych oraz wie o tym. Założeniem prawa do życia jest tu pragnienie życia. Jeśli przyjąć świadomość samego siebie i swych pragnień za kryterium człowieczeństwa, to osoby śpiące, osoby o głębokich zaburzeniach psychicznych czy nawet ludzie poddani pewnym rodzajom indoktrynacji byłyby pozbawione prawa do życia. Tooley wprowadzie uzupełnia swoją koncepcję zastrzeżeniem, że naruszamy czyjeś prawo do życia nie tylko wtedy, gdy unicestwiamy jego aktualne pragnienia, lecz również wtedy, gdy unicestwiamy pragnienia, które kiedyś żywił lub które może mieć w przyszłości. Dzięki temu człowiek śpiący, nie-zrównoważony psychicznie czy indoktrynowany ma prawo do życia (już zapragnął lub zapragnie żyć). Nie ma takiego prawa embrion czy noworodek, bo nie jest podmiotem własnych stanów psychicznych (to, że w przyszłości embrion czy noworodek mogą być i żywić pragnienia, Tooley ignoruje). Można zrozumieć, a nawet usprawiedliwić intencje Tooleya, sądzi Szawarski, gdy chodzi o dzieci straszliwie zdeformowane i niezdolne do życia wskutek defektów genetycznych. Jednak proponowane przez Tooleya kryterium bycia osobą może mieć poważniejsze konsekwencje – może ono dopuszczać dzieciobójstwo z dowolnych względów, np. dlatego, że rodzicom nie odpowiada płeć noworodka czy też zmienili swoje życiowe plany. Oprócz tego koncepcji Tooleya można zarzucać to, że nie uzasadnił on, dlaczego właśnie świadomość samego siebie i własnych pragnień ma być własnością przesądzającą o człowieczeństwie oraz dlaczego to kryterium ma być lepsze od innych. Niezależnie od oceny kryterium urodzin można powiedzieć, że jest ono jednym z najstarszych kryteriów człowieczeństwa, jakie ludzie stosują. Jedni (R. Tokarczyk, Z. Szawarski) uznają je za odrębne kryterium. Inni (L. Niebrój) traktują je jako jedno z kryteriów rozwojowych²⁶.

Kryteria pragmatyczne

Skoro wszystkie kryteria człowieczeństwa budzą zastrzeżenia, a już szczególnie kryteria rozwojowe są chwiejne i nieostre (jeśli rozwój embrionalny stanowi kontinuum, to każde jego stadium może być uznane za de-

²⁵ M. Tooley: *Abortion and Infanticide*. „Philosophy and Public Affairs” 1971, podaje za: Z. Szawarski: *Etyka...*, s. 188–189. M. Tooley: *Abortion and Infanticide*. Oxford 1983, s. 87–93.

²⁶ Zob. R. Tokarczyk: *Prawa narodzin, życia i śmierci*, Kraków 1997, s. 63–64; Z. Szawarski: *Etyka...*, s. 183–189; L. Niebrój: *U początków ludzkiego...*

finicyjną cechą człowieczeństwa), to może porzucić jałowe spory i kierować się względami pragmatycznymi? Stanowisko takie zajmują: Glanville Williams, Garrett Hardin, Joseph Fletcher²⁷. Sądzą oni, że skoro nie jest nam znany początek ludzkiej osobowości, a kwestia człowieczeństwa płodu nie jest kwestią ustalenia faktu, lecz przyjęcia definicji, to możemy przyjąć taką definicję człowieczeństwa, która liczy się z ludzkimi potrzebami i względami praktycznymi. Takie postawienie sprawy wydaje im się tym bardziej słuszne, że wybór tej czy innej definicji człowieka ma określone konsekwencje społeczne.

Taka metoda rozwiązania problemu człowieczeństwa może się wydawać prosta i ponętna. Budzi ona jednak, jak wskazuje Z. Szawarski, poważne obawy. Nuerowie, plemię zamieszkające w Sudanie, nazywają dziecko z wrodzonymi wadami rozwojowymi hipopotamem i wrzucają do rzeki. Podobnie postępowano w III Rzeszy (choć skala była większa i działało się to w majestacie prawa), kiedy odmawiano prawa do życia tysiącom ludzi, którzy nie odpowiadali przyjętej oficjalnie definicji człowieka psychicznie zdrowego czy też nie należeli do „rasy aryjskiej”. Jeśli wolno arbitralnie definiować człowieczeństwo embrionu, to dlaczego nie robić tego w wypadku noworodków czy ludzi w późniejszym wieku – każda definicja byłaby równie arbitralna i dobra. Trzeba też mieć na uwadze to, że „jeśli [...] względy praktyczne mają decydować o wyborze takiego lub innego kryterium, to ustalają je (owe względy) przede wszystkim politycy i wojskowi. W ten sposób można oczywiście rozwiązywać określone problemy społeczne, nie jest to jednak właściwy sposób ustalenia, kiedy stajemy się ludźmi.”²⁸

Filozoficzne ujęcia istoty człowieczeństwa

Filozofowie od dawna poszukiwali odpowiedzi na pytania: Na czym polega istota człowieczeństwa, jaki zespół cech przynależnych tylko człowiekowi pozwala odróżnić go od innych istot żywych oraz jest podstawą do przyznania człowiekowi szczególnych uprawnień moralnych? Rezultaty, jakie osiągnęli, były różne. Człowiek był charakteryzowany jako:

- istota rozumna (ujęcie typowe dla filozofii starożytnej),
- osobowy byt zdolny do transcendencji (J. Maritain),

²⁷ Ich wypowiedzi cytuję Z. Szawarski: *Etyka...*, s. 182–183.

²⁸ Ibidem, s. 183.

- istota wolna, mająca samoświadomość i świadomość śmiertelności (egzystencjalizm),
- istota społeczna, historyczna, samorealizująca się w twórczej pracy (K. Marks),
- istota zdolna do śmiechu (J. Huizinga),
- istota zdolna żywić pragnienie życia (P. Singer, M. Tooley).

Już w starożytności pojawiły się kłopoty z dokonaniem pełnej charakterystyki człowieka. Ilustruje to następująca anegdota. Gdy Platon podał definicję „człowiek to istota żywa, dwunożna, nieopierzona” i chwalił się nią, Diogenes z Synopy oskubał żywego koguta oraz zaniósł go na wykład Platona, mówiąc „oto jest człowiek Platona”. Odtąd do definicji zaproponowanej przez Platona dodawano słowa „o szerokich pazurach”²⁹. Podana przez Platona definicja człowieka jest adekwatna zakresowo, można jej zarzucić tylko to, że jest wyłącznie definicją zakresową, a nie treściową. To właśnie Diogenes popełnił błąd, gdy stawiał cechę akcydentalną na równi z cechą istotową, czego nie dostrzegli ci, z których zakpił.

Powstałe w starożytności rozumienie człowieka jako istoty żywej, zmysłowej i rozumnej zarazem (człowiek jako zwierzę rozumne – łac. *animal rationale*) zwracało uwagę na specyfikę bytu ludzkiego, na jego dwubiegowość. Z jednej strony człowiek należy do przyrody, jest ciałem, istotą żyjącą i zmysłową (biegun animalności). Z drugiej, jest podmiotem, istotą, która nawet w swych zwierzęcych funkcjach nie ogranicza się tylko do nich, uświadamia je sobie, poznaje, dochodzi do samoświadomości, wykracza poza przyrodę (biegun rozumności, duchowości). Do tej przypisywanej Arystotelesowi klasycznej definicji człowieka będą potem nawiązywać inni filozofowie poszukujący odpowiedzi na pytanie o jedność tych przeciwieństw³⁰. Warto w tym miejscu zwrócić uwagę na to, jak Arystoteles ujmował człowieka jako byt ożywiony. Człowiek, jak każda istota żywa, rodzi się z zasobem potencjalnych, czekających na rozwinięcie możliwości. Organizm w swym rozwoju zmierza do osiągnięcia entelechii, pojętej jako pełna dojrzałość, realizacja wszystkich immanentnych (dla danego gatunku) możliwości. Inaczej mówiąc stan końcowy (cel rozwoju) jest potencjalnie zawarty w strukturze organizmu. Jak zobaczymy (rozdział IV), współcześnie używana w bioetyce zasada potencjalności ma swój odpowiednik w arystotelesowskiej entelechii. Trzeba jednak zaznaczyć, że o ile dla Arystotelesa potencjalność była pojęciem metafizycznym, dla bioetyków ma ona głównie wymiar metodologiczny.

Filozoficzne ujęcia istoty człowieka można mnożyć bez końca. Każda z nich mówi coś o człowieku, żadna nie zawiera jego wyczerpującej charakterystyki. Nawet pełna koniunkcja dotychczasowych charakterystyk nie

²⁹ Diogenes Laertios: *Żywoty i poglądy słynnych filozofów*. Warszawa 1982, s. 331.

³⁰ W. Szewczyk: *Kim jest człowiek. Zarys antropologii filozoficznej*. Tarnów 1998.

wyczerpuje znaczenia nazwy „człowiek”. Pojęcie to jest pojęciem otwartym (nie istnieje określony i wystarczający zbiór warunków jego użycia), a jeśli poszukujemy stałej, niezmiennej istoty człowieka (dążymy do zbudowania definicji realnej), to podejmujemy się zadania niewykonalnego. Filozoficzne ujęcia natury ludzkiej nie mają większego zastosowania w praktyce medycznej³¹. Dzieje się tak dlatego, że formułowane w antropologii filozoficznej kryteria człowieczeństwa ustalają zbyt wąski zakres terminu „człowiek”, tym samym z grona ludzi wyłączają istoty niewątpliwie ludzkie. Niemowlę trudno uznać za istotę racjonalną. Istota ludzka o zerowym poziomie inteligencji raczej nie ma poczucia własnej śmiertelności ani nie jest zdolna do transcendencji. Człowiek, który bezpowrotnie utracił świadomość, nie jest zdolny do śmiechu ani do żywienia pragnień. Gdyby poważnie traktować filozoficzne kwalifikacje człowieczeństwa, istotom takim trzeba by odmówić uprawnień moralnych. Jednak jesteśmy przekonani, że są to ludzie i że mamy wobec nich określone obowiązki. Zaliczając te istoty do ludzi, kierujemy się innymi względami – posługujemy się pozafilozoficznymi kryteriami lub przyznajemy im prawa na drodze pozaracjonalnej decyzji.

Uwagi o kryteriach człowieczeństwa

Dokonany przegląd kryteriów człowieczeństwa nie doprowadził do wniosków pozytywnych – nie ma takiego kryterium, które bez żadnych zastrzeżeń można uznać za słuszne i które miałyby powszechnie obowiązywać. Kryterium genetyczne jest proste, wygodne pod względem diagnostycznym, wiedzie jednak nie tylko do katerycznego potępienia aborcji, zapłodnienia *in vitro*, eutanazji, eksperymentów na embrionie, lecz również do nałożenia obowiązku prokreacji. Jeśli łączy się ono z założeniami religijnymi, trudno wymagać, by było akceptowane przez wszystkich. Kryteria rozwojowe są bardzo chwiejne, niejasne i nieostre oraz nieraz trudno orzec, czy dany organizm ludzki już je spełnia, czy jeszcze ich nie spełnia. Kryterium urodzenia, także proste i oczywiste, wiedzie niejednokrotnie do drastycznych konsekwencji moralnych. Kryteria pragmatyczne nie nadają się do rozstrzygania istoty człowieczeństwa i, jak to już się działo, mogą być wykorzysta-

³¹ Tezę tę wypowiada Z. Szawarski: *Etyka...*, s. 169 i E. Klimowicz: *Filozoficzne...*, s. 14–15.

ne do popełnienia zbrodni. Filozoficzne ujęcia istoty człowieka są definicjami człowieka jako bytu dojrzałego, dlatego nie mają szerokiego zastosowania w praktyce medycznej.

To, iż w ustaleniu cech człowieczeństwa napotykamy liczne trudności i że nie można tu osiągnąć powszechnej zgody, spowodowane jest tym, iż słowo „człowiek” jest terminem zarówno opisowym, jak i wartościującym. Używane w znaczeniu tylko opisowym odnosi się do cech (najczęściej biologicznych) obiektu oznaczanego. Używane w znaczeniu wartościującym wyraża emocje i postawy mówiącego oraz ma na celu wzbudzenie podobnych emocji i postaw u rozmówcy. Widać to wyraźnie w przymiotnikowym użyciu tego słowa – wyrażenia „ludzki”, „niehumaniczny” funkcjonują w języku jako terminy o mocnym zabarwieniu emocjonalnym (kiedy mówimy: niehumaniczna medycyna, niehumaniczne zachowania, humaniczny człowiek, humaniczne warunki życia). W wyrażeniach „człowiek”, „istota ludzka” obecne są oba znaczenia. Mówiąc „X jest człowiekiem”, uznajemy go za członka gatunku *homo sapiens* i jednocześnie wyrażamy naszą przychylną postawę wobec niego – gotowi jesteśmy go chronić, przypisywać mu pewne uprawnienia i je respektować. Spór o człowieczeństwo nie jest sporem o fakty, lecz o postawy. Wszystkie definicje człowieka są definicjami perswazyjnymi, zawierają wartościowania, które chcemy narzucić innym. Ludzie często mają kłopoty w porozumieniu się ze sobą co do interpretacji faktów, nic dziwnego, że osiągnięcie zgody w zakresie przekonań moralnych i postaw jest jeszcze trudniejsze (czasem zgoła niemożliwe).

Z uwagi na wieloznaczność, otwartość pojęcia człowieka można budować wiele definicji człowieczeństwa i ani każda z nich z osobna, ani ich koniunkcja nie wyczerpią znaczenia nazwy „człowiek”. Zbudowanie realnej definicji człowieka jest niemożliwe z powodu ontycznych własności bytu nazywanego człowiekiem³². Byt ten jest na tyle złożony, że nie można go ująć w jedną formułę ani sprowadzić do kilku niezmiennych cech. Poza tym byt ten ma mglisty, niedookreślony początek i koniec³³ i dlatego trudno rozstrzygnąć, czy zygotą jest człowiekiem, czy nim nie jest. Na pewno to człowiek pod względem genetycznym, ale nie pod względem morfologicznym, neurologicznym, psychologicznym, społecznym, prawnym. Można więc twierdzić, że w pewnym sensie zygotą jest i zarazem nie jest człowiekiem, do pewnego stopnia „każdy, kto został poczęty przez ludzkich rodziców, jest człowiekiem, i prawdą jest także **w pewnym sensie**, że nikt, kto nie miał, nie ma albo też nie będzie miał świadomości samego siebie, nie jest człowiekiem.”³⁴

³² Z. Szawarski: *Etyka...*, s. 191–192 i E. Klimowicz: *Filozoficzne...*, s. 13.

³³ Choć oczywiście nie wszyscy zgodzą się z tą tezą.

³⁴ Z. Szawarski: *Etyka...*, s. 193.

Można zapytać: Wobec tego po co nam definicje człowieka, skoro wszystkie są niewystarczające, ograniczone, a nawet mogą prowadzić do niebezpiecznych moralnie konsekwencji? Może lepiej je odrzucić oraz zaufać własnemu rozsądkowi i intuicji. Byłoby to może niezłe wyjście z sytuacji, gdyby rozsądek czy intuicja były powszechną oraz niezmienną władzą poznawczą. W sytuacji, gdy intuicje ludzkie są różne, często sprzeczne z sobą, a zdrowy rozsądek prowadzi do konkurencyjnych rozstrzygnięć, takie posunięcie niczego nie zmienia.

Już sama rozmaitość kryteriów człowieczeństwa, spory wokół ich klasyfikacji, świadczą o tym, jak różne intuicje oraz przeświadczenia jawią się ludziom jako oczywiste, słuszne, niepodważalne. Sprawę komplikuje również to, że poszczególne kryteria nie muszą wystąpić w „czystej” postaci. Często splatają się ze sobą, np. kryterium genetyczne wiąże się z kryterium animacji opóźnionej (T. Ślipko) lub też z kryterium jednostkowienia (N. Ford). Kryterium neurologiczne może być pojęte psychologicznie (może lepiej powiedzieć patocentrycznie – jako zdolność do odczuwania bólu) lub biologicznie jako stan biologiczny czy fizjologiczny organizmu warunkujący początki życia osobowego (Trefil, Morowitz). Kryterium urodzenia bliskie jest kryterium zdolności do samoistnego istnienia (w sensie biologicznym, fizjologicznym), ale niekiedy jest interpretowane w kategoriach bycia osobą, członkiem społeczeństwa. Wszystkie kryteria człowieczeństwa mogą wiązać się z zasadą potencjalności, którą obszerniej przedstawię w następnym rozdziale.

Jak zaznaczyłam, żadne z kryteriów człowieczeństwa z osobna ani wszystkie łącznie nie są w stanie oddać niezmiennej istoty człowieka (jeśli nawet założymy, że taka niezmienna istota istnieje)³⁵. Kryteria człowieczeństwa mniej mówią o pojmowaniu człowieka, więcej o tym, jak pojęte życie ludzkie uznajemy za wartościowe oraz czy jest to dla nas wartość bezwzględna, niestopniowalna (kryterium genetyczne i kryterium animacji w wersji religijnej), czy też jest ona względna (pozostałe kryteria rozwojowe i kryterium urodzin). Być człowiekiem oraz mieć prawo do życia – to jedno i to samo, twierdzą jedni (najczęściej zwolennicy kryterium genetycznego i kryterium animacji). Życie ludzkie, nawet jeśli uznamy, że jest święte, i prawo do życia – to dwie różne wartości moralne, każda z nich jest źródłem innych, często sprzecznych z sobą, dyrektyw³⁶.

Bycie lub stawanie się człowiekiem jest związane (często milcząco) z byciem lub stawaniem się osobą – tyle że osoba przez jednych jest pojmowa-

³⁵ L. Niebrój: *U początków ludzkiego życia*. Kraków 1997, s. 47–65. Autor ten zarzuca niektórym rzecznikom kryteriów rozwojowych, iż utożsamiają kryterium człowieczeństwa z byciem człowiekiem, czyni to jednak po to, by wykazać, że zwolennicy kryterium genetycznego tego błędu nie popełniają.

³⁶ Tezę taką wypowiada J. K. i s.: *Aborcja. Argumenty za i przeciw*. Warszawa 1993, s. 171–175.

na metafizycznie bądź filozoficznie³⁷. Zwolennicy kryterium genetycznego i kryterium animacji nie negują, że przejawem człowieczeństwa jest życie psychiczne, osobowe. Twierdzą jednak, że nie jest ono koniecznym warunkiem przypisania istocie ludzkiej człowieczeństwa oraz godności osobowej. Ich zdaniem zygota czy embriion jest osobą, ma naturę ludzką, niezależnie od tego, czy kiedyś będzie normalnym intelektualnie oraz psychicznie osobnikiem ludzkim, czy dziecko będzie upośledzone oraz, niezależnie od tego, czy się urodzi. Zwolennicy kryteriów rozwojowych uważają, że istoty ludzkie, które bezpowrotnie utraciły odpowiednie zdolności psychiczne lub nigdy ich nie będą miały, nie mogą być uznane za ludzi (bo nie są osobami, są tylko organizmami). Samo przypisanie osobowego bytu zygotie czy embriionowi jest źródłem sporów toczących się niezależnie od problemu aborcji. Niekiedy próbuje się odrzucić pojęcie osoby jako zbyt mgliste i zastąpić je pojęciem jednostki ludzkiej lub po prostu bez rozważania kwestii, czy zarodek ludzki jest osobą bądź jednostką, pytać, czy przyznać mu jakieś prawa, czy nie³⁸.

Gdy pojawia się konieczność podjęcia trudnego wyboru moralnego, musimy przyjąć jakiś punkt widzenia. Warto jednak zdawać sobie sprawę, że nie jest on jedyny i że może prowadzić także do niepożądanych konsekwencji. Czy jedno kryterium człowieczeństwa może służyć do rozstrzygania wszystkich problemów moralnych i które to miałyby być kryterium, to jeszcze jedna sporna kwestia. Ludzie, którzy opowiadają się za jedną określoną definicją człowieka oraz konsekwentnie ją stosują, należą do mniejszości. Większość stosuje różne kryteria człowieczeństwa w różnych sytuacjach – nie bez znaczenia jest tu zmiana hierarchii wartości uzależniona od wieku, doświadczeń, sytuacji życiowej człowieka.

³⁷ „Metafizycznie” w znaczeniu „strukturalnie i niezależnie od doświadczenia”, „filozoficznie” znaczy tu „w stopniowalnych, rozwojowych kategoriach racjonalności”.

³⁸ Por. stanowisko wyrażone w raportach rządowych W. Brytanii i Australii omówione przez N.M. Ford: *Kiedy powstałem?...*, s. 26–30, 100–101; także raporty zamieszczone w: P. Singer, D. Wells: *Dzieci z probówki. Etyka i praktyka sztucznej prokreacji*. Warszawa 1988.

Rozdział IV

Aborcja

Praktyka przerywania ciąży znana jest od dawna. Stosowały ją ludy pierwotne, historia medycyny zna receptę na poronienie liczącą ponad 4600 lat¹. Powody, dla których dokonywano (i dokonuje się) aborcji, są różne: określona polityka populacyjna, zagrożenie życia i zdrowia kobiety, względy eugeniczne (głębokie wady wrodzone płodu), ciąża będąca następstwem przestępstwa (gwałt, kazirodztwo), względy społeczne (ubóstwo i trudne warunki życiowe kobiety ciężarnej i jej rodziny), niechciana ciąża, strach przed potępieniem otoczenia, obawa przed utratą urody, racje wysuwane przez ruchy feministyczne.

W sporach o moralną i prawną dopuszczalność aborcji przytaczane są argumenty religijne, etyczne, filozoficzne, demograficzne, socjologiczne, obyczajowe i inne. Argumenty te mają różny stopień ogólności i doniosłości, a stosujący je spierają się także o to, który argument jest „najmocniejszy” czy pierwotny wobec innych. Wielość stosowanych argumentów, zaangażowanie biorących udział w sporze o to, czy przerywanie ciąży można usprawiedliwić i dopuścić, czy też zawsze należy bezwzględnie potępić oraz zakazać, sprawia, że spór ten należy do wyjątkowo trudnych, złożonych, zaciętych. Wszystkie strony biorące w nim udział niekiedy nie przebiegają w środkach, byleby tylko wpłynąć na stanowisko przeciwnika lub je zdeprecjonować – przykładem takiego postępowania jest używanie epitetów typu „mordercy niewinnych dzieci”, „mordercy kobiet”. Jak to można zaobser-

¹ R. Tokarczyk: *Prawa narodzin, życia i śmierci*. Kraków 1997, s. 63: por. także W.G. Sumner: *Naturalne sposoby postępowania w gromadzie*. Warszawa 1995, s. 277–295, gdzie podaje się przykłady stosowania aborcji w różnych społeczeństwach prymitywnych oraz L.H. Tribe: *Aborcja. Konfrontacja postaw*. Rozdz. IV: *Aborcja na mapie świata*. Poznań 1994.

wować w wypadku większości problemów moralnych, trudno oczekiwać, że kiedyś ludzkość upora się z tą kwestią czy to przez eliminację przyczyn aborcji, czy też przez osiągnięcie zgodności w moralnej ocenie tego zjawiska. Różnice zdań dotyczą także tego, w jakim zakresie prawo ma chronić płód i dopuszczać bądź zakazywać dokonywania aborcji.

Prawne sposoby ochrony płodu ludzkiego

W wielu społeczeństwach płód jest objęty ochroną prawną, chociaż „paradygmatem podmiotu we współczesnych systemach etycznych i prawnych jest człowiek od urodzenia do śmierci”². W systemach prawnych przypisuje się podmiotowość prawną i moralną: ludziom dorosłym, niemowlętom, dzieciom, osobom w stanie amnezji fizycznej i psychicznej oraz osobom trwale oraz nieodwracalnie niezdolnym do rozpoznawania moralnego i prawnego znaczenia swoich czynów oraz do kierowania swoim postępowaniem. Wszyscy oni są podmiotami prawa (osobami fizycznymi). Kwestią sporną jest moralna i prawna podmiotowość *nasciturusa*³. Problem jest ważny – określona odpowiedź na pytanie, czy i w jakim zakresie prawo może i powinno chronić płód ludzki, ma doniosłe konsekwencje dla wielu ludzi.

Różne działy prawa mogą być instrumentem ochrony prawnej płodu: prawo karne, cywilne, administracyjne, prawo pracy, prawo finansowe. Zdaniem Wiesława Langa⁴ typologia możliwych sposobów prawnej ochrony płodu ludzkiego przedstawia się następująco: prawo może chronić płód w sposób bezpośredni (przedmiotowo, podmiotowo) lub pośredni.

Ochrona bezpośrednia. Polega ona na tym, że przepisy chroniące płód odnoszą się bezpośrednio do niego jako przedmiotu ochrony. Ochrona bezpośrednia przedmiotowa traktuje płód jako wartościowy przedmiot, któremu prawo udziela ochrony w zakresie prawa karnego, cywilnego lub administracyjnego. W tym ujęciu prawo może przewidywać kary za zabicie lub uszkodzenie płodu, może traktować zabicie płodu jako wyrządzenie szkody kobiecie ciężarnej lub ojcu, szkody wymagającej rekompensaty majątkowej.

² W. Lang: *Prawo i moralność*. Warszawa 1989, s. 88.

³ *Nasciturus* (łac.) – mający się urodzić, dziecko poczęte, ale jeszcze nie urodzone, które na podstawie przepisu ustawy może uzyskać zdolność prawną (np. prawo do spadku) pod warunkiem, że urodzi się żywe.

⁴ W. Lang: *Ochrona prawna płodu ludzkiego*. W: *Człowiek zabija sam siebie*. Kolegium Redakcyjne, Gdańsk 1981, s. 94–115.

Ochrona bezpośrednia podmiotowa traktuje płód jako podmiot prawa. Zakłada się tutaj (czego nie ma przy ochronie przedmiotowej), że płód ma swój własny interes oddzielony od interesu kobiety ciężarnej. Założenie to może wystąpić w dwóch wersjach:

- W wersji słabej zakłada się ograniczoną podmiotowość płodu. Chronione są nie tyle jego aktualne, ile przyszłe interesy. Płód jest podmiotem prawa, ale nie w takim znaczeniu jak osoba fizyczna – nie przysługują mu wszystkie prawa (prawa człowieka, prawa osobiste). Przykładem przyznania płodowi takiej ograniczonej podmiotowości i ochrony podmiotowej jest art. 927 k.c., który głosi, że nie może być spadkobiercą osoba fizyczna, która nie żyje w momencie otwarcia spadku, ale § 2 tego artykułu wyjaśnia, że dziecko poczęte w chwili otwarcia spadku może być spadkobiercą, jeśli urodzi się żywe. Jest to jednak pewna konstrukcja prawnicza, podkreśla W. Lang, i nie da się z niej wyprowadzić żadnych wniosków dotyczących ontologicznego statusu płodu.
- W wersji mocnej chronione są także aktualne, a nie tylko przyszłe interesy płodu, bez względu na to, czy dziecko urodzi się (żywe), czy nie. Przesłanką moralną dla takiej ochrony jest założenie, że płód jest człowiekiem, a więc osobą fizyczną w rozumieniu prawa. Taki pogląd prezentuje część uczonych (biologów, prawników), jest to też stanowisko Kościoła rzymskokatolickiego. Zgodnie z tą koncepcją płodowi należy przyisać prawa człowieka (w rozumieniu Paktów Praw Człowieka ONZ).

Ochrona pośrednia. Jest skierowana na inne osoby mające związek z płodem. Głównie chodzi tu o ochronę samej kobiety ciężarnej, jej ciała, osobowości, ciąży. Ustawa z 27.04.1956 r., dopuszczająca przerywanie ciąży, także ze względów społecznych stosowała ochronę pośrednią płodu. Uchwalona przez Sejm RP 7.01.1993 r. ustawa „O planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży” (zwana potocznie ustawą antyaborcyjną) przyjmuje ochronę bezpośrednią podmiotową (czyni to zresztą niekonsekwentnie). Ustawa ta będąca wymuszonym kompromisem między ugrupowaniami katolickimi i prawicowymi a opozycją parlamentarną nie zadowala żadnej ze stron. Dla jednych jest zbyt liberalna, dla drugih zbyt restrykcyjna⁵. Do przepisów pośrednio chroniących płód należą przepisy przyznające kobietom ciężarnym szczególne przywileje (np. zakaz wykonywania kary śmierci na kobiecie ciężarnej, pierwszeństwo w kolejkach, urlop macierzyński, zasiłki, niezatrudnianie w niekorzystnych warunkach itp.). Formą ochrony pośredniej płodu może być także odpowiedzialność karna za uszkodzenie płodu. Osoba, u której stwierdzono urazy prenatalne, może mieć podstawy do wystąpienia z oskarżeniem pry-

⁵ Informacje dotyczące ustawy i sporów legislacyjnych z nią związanych znajdują się w: *Polityka i aborcja*. Red. M. Chałubiński. Warszawa 1994.

watnym przeciwko osobom (nawet przeciw matce), które spowodowały te uszkodzenia (taki zapis jest stosowany w amerykańskim systemie prawnym⁶).

Kraje, które aprobują prawną ochronę płodu, stosują ją w sensie przedmiotowym lub podmiotowym ograniczonym. Pełna ochrona podmiotowa płodu jest najdalej idąca, bo żąda przyznania płodowi prawnego statusu człowieka. Żadne ustawodawstwo współczesne, zdaniem W. Langa, takiej koncepcji nie przyjmuje. Płód jest chroniony przede wszystkim jako cenny przedmiot lub na zasadzie ograniczonej podmiotowości prawnej. Koncepcji pełnej podmiotowości płodu ludzkiego oraz prawa płodu do życia nie przyjmują również podstawowe międzynarodowe deklaracje i konwencje praw człowieka (*Powszechna deklaracja praw człowieka* przyjęta przez ONZ w 1946 r., *Pakty praw człowieka ONZ* z 1966 r., *Teherańska deklaracja praw człowieka*, *Europejska konwencja praw człowieka*, *Deklaracja praw dziecka* przyjęta przez ONZ w 1959 r.)⁷. Pełną podmiotowość człowieka deklarują tylko dwa dokumenty o znaczeniu międzynarodowym, nie będące jednak aktami prawnymi o charakterze międzynarodowym: *Amerykańska konwencja praw człowieka* z 1963 r., *Deklaracja genewska światowej organizacji lekarzy* z 1963 r. potwierdzona przez Światowe Zgromadzenie Lekarzy w Oslo w 1970 r.

Można zapytać, jakie racje (poza religijnymi) przemawiają za tak daleko idącą prawną ochroną płodu, a przede wszystkim za ochroną karną i to taką, której ostrze represji jest skierowane także przeciwko kobietom? Najczęściej przytacza się tu racje aksjologiczne (płód jest człowiekiem, więc ma prawo do życia), medyczne (przerwanie ciąży jest szkodliwe dla zdrowia kobiety), społeczne (masowe aborcje są wyrazem patologii społecznej, mogą też prowadzić do zagłady społeczeństwa).

Są jednak racje, podkreśla W. Lang, przemawiające przeciwko karnej ochronie płodu przed zamachem na jego życie, zwłaszcza w dwóch pierwszych miesiącach ciąży.

1. Pełna podmiotowa ochrona prawna płodu może prowadzić do naruszenia interesów i praw kobiety – jej prawa do prywatności, do życia i zdrowia. Jeśli przyjmujemy, że płód jest osobą fizyczną, to trzeba uznać za niedopuszczalne usunięcie ciąży nawet z przyczyn medycznych, kiedy ciąża zagraża życiu kobiety. Nie można zabić jednego człowieka dla ratowania drugiego. Żadne wskazania medyczne dotyczące stanu zdrowia kobiety ciężarnej nie uzasadniają zabicia płodu. Rzecz należy pozostawić swojemu biegowi – na takim stanowisku opiera się doktryna Kościoła wyrażona

⁶ Dokładniejsze informacje podaje M. Nesterowicz: *Prawo medyczne*. Toruń 1998, s. 116–123.

⁷ Obecnie aktów prawnych o znaczeniu międzynarodowym jest więcej. Por. Z. Hołda: *Ochrona praw człowieka*. Lublin 1996; *Europejskie standardy bioetyczne. Wybór materiałów*. Toruń 1998.

w encyklice *Humanae Vitae*. Są jednak sytuacje, kiedy bezwzględny zakaz przerywania ciąży (uzasadniany tym, że płód jest człowiekiem) narusza godność kobiety. Gdy ciąża powstała w wyniku przestępstwa lub gdy jedno z rodziców cierpi na poważną chorobę zmuszanie kobiety do rodzenia, traktowanie jej jako przedmiotu, narusza jej elementarne ludzkie prawa. W doktrynie praw człowieka występują: prawo do życia, prawo do przeżycia, prawo do jakości życia. To ostatnie dotyczy ludzi w bardzo trudnych sytuacjach i warunkach życiowych, gdy grozi im obniżenie poziomu życia poniżej minimum socjalnego. Prawo do minimum socjalnego jest jednym z podstawowych praw człowieka. W sytuacji zagrożenia minimum socjalnego (a zdarza się to często, tylko państwa dostateknie mogą zagwarantować minimum socjalne swoim obywatelom) karanie kobiety za przerywanie ciąży lub nakazywanie jej urodzenia narusza to prawo.

2. Bezwzględny zakaz aborcji narusza także prawa osoby fizycznej urodzonej do ochrony jej interesów od momentu poczęcia. W niektórych przypadkach można uzasadniać moralny obowiązek usunięcia ciąży z punktu widzenia prawa człowieka do minimalnej jakości życia. Formułowane jest stanowisko, że do praw człowieka należą także prawo do urodzenia się jako dziecko chciane oraz prawo do tego, aby nie być urodzonym. Zgodnie z tym stanowiskiem człowiek, którego fizyczne lub psychiczne kalectwo zostało spowodowane przez czynniki genetyczne, ma retroaktywne prawo do tego, aby nie być urodzonym i przysługuje mu roszczenie przeciwko rodzicom, którzy dopuścili do jego urodzenia. Argumenty 1 i 2 mają charakter aksjologiczny.

3. Karalność przerywania ciąży zagraża podwójnie zdrowiu kobiety. Jeśli kobieta zdecyduje się na nielegalny zabieg, bierze na siebie znacznie większe ryzyko uszczerbku zdrowia, a nawet utraty życia, niż w przypadku legalnego przerywania ciąży. Jeśli zaś w obawie przed karą lub ryzykiem utraty zdrowia (w następstwie nielegalnego przerywania ciąży) zdecyduje się urodzić niechciane dziecko, ponosi również ryzyko ujemnych dla zdrowia konsekwencji tej decyzji. W świetle badań medycznych ryzyko dla zdrowia i życia kobiety, jakie niesie sobą poród, jest statystycznie większe niż ryzyko związane z przerywaniem ciąży dokonany w sposób medycznie właściwy⁸. W wypadku, gdy kobieta jest chora, wyczerpana fizycznie lub w wieku przekraczającym normalny wiek rozrodczy, ryzyko to może być wysokie. Dążenie do jego uniknięcia jest uzasadnione, szczególnie wtedy, gdy kobieta jest matką kilkorga dzieci. Karalność przerywania ciąży zagraża także zdrowiu psychicznemu kobiety. Prawdopodobieństwo zaburzeń psychicznych u kobiet, które rodzą

⁸ Przeciwnicy dopuszczalności aborcji polemizują z taką tezą, starają się dowieść, że dane statystyczne są tu pozorne i że aborcja ma tylko negatywne skutki. Por. L. Niebrój: *U początków ludzkiego życia*. Kraków 1997, s. 87–94.

w sytuacji przymusowej niechciane dzieci, jest znacznie wyższe niż prawdopodobieństwo takich zaburzeń u kobiet, które legalnie usunęły niepożądaną ciążę. Argumenty wymienione w punkcie 3 mają charakter medyczny.

4. Niemal we wszystkich społeczeństwach przemysłowych przerywanie ciąży jest zjawiskiem masowym niezależnie od tego, czy jest ono legalne, czy też nie. Karalność aborcji zwiększa jedynie liczbę zabiegów wykonywanych pokątnie, tym samym wzrasta śmiertelność kobiet i noworodków. W krajach, które zalegalizowały przerywanie ciąży (USA, ZSRR), statystyki umieralności kobiet oraz noworodków spadły. Prowadzone badania empiryczne nie potwierdzają zależności między karalnością przerywania ciąży a wzrostem liczby urodzin ani zależności między legalizacją przerywania ciąży a spadkiem liczby urodzeń⁹.

5. Represja karna wobec kobiet przerywających ciążę działa selektywnie – dotyczy tylko niektóre kobiety i już z tego powodu jest to represja niesprawiedliwa. Kobiety znajdujące się w lepszej sytuacji ekonomicznej zawsze znajdą środki, by zapewnić sobie zabieg w dobrych warunkach. Kobiety biedne, niewykształcone będą to robić „domowymi” sposobami lub u „babki”, narażając swoje zdrowie i życie. Prawo zakazujące przerywania ciąży z założenia dyskryminuje biednych oraz faworyzuje bogatych – jest sprzeczne z zasadą równości wobec prawa. Można też wskazywać, że prawo takie dyskryminuje kobiety, które ponoszą ryzyko porodu lub ryzyko związane z nielegalnym przerywaniem ciąży. Kobieta, która rodzi z przymusu (będąc w trudnej sytuacji życiowej, zdrowotnej i socjalnej), ponosi większe ryzyko ujemnego uszczerbku fizycznego i psychicznego oraz obniżenia standardu życiowego rodziny niż ta, która podejmuje obowiązek urodzenia dziecka dobrowolnie; kobieta, która pomimo grożących represji decyduje się przerwać ciążę nielegalnie, będzie narażona na większe ryzyko ujemnych skutków zabiegu. Delegalizacja aborcji dyskryminuje także ginekologów – z racji specjalizacji medycznej są w kręgu podejrzeń. W końcu można wskazywać, że prawo represyjne nie pełni funkcji resocjalizacyjnej. Argumenty 4, 5 są socjologiczne i prawne.

Dla tego, kto przyjmuje argument aksjologiczny w mocnej wersji (kryterium genetyczne człowieczeństwa), przytoczone powyżej argumenty socjologiczne i prawne nie mają żadnego znaczenia – liczy się tu zasada, a nie skutki działań. Stąd kluczową sprawą, zdaniem W. Langa, pozostaje kwestia człowieczeństwa płodu.

Naturaliści (tak nazywa W. Lang przyjmujących genetyczne kryterium człowieczeństwa) twierdzą, że życie ludzkie rozpoczyna się w chwili zapłodnienia, bo w strukturach kodu genetycznego istnieje informacja o cechach

⁹ Czasem nawet jest odwrotnie, w Polsce po wprowadzeniu ustawy z 7.01.1993 r. liczba urodzeń spadła.

charakterystycznych dla jednostki (płeć, wzrost, kolor oczu, kształt twarzy, temperament, psychika). Płód jest istotą samoistną biologicznie i mógłby się rozwijać poza organizmem matki (gdyby mu stworzyć odpowiednie warunki) i w tym sensie nie jest częścią organizmu matki. Skoro przyznajemy podmiotowość prawną osobnikom ludzkim tak upośledzonym, że wiodącym życie tylko fizjologiczne, to dlaczego nie przyznać jej płodowi?

Decyzjoniści (przyjmujący rozwojowe kryteria człowieczeństwa lub kryterium urodzenia) wskazują, że człowieczeństwo płodu jest kontrowersyjne. Stawanie się człowiekiem jest procesem, w którym trudno wyznaczyć wyraźne granice. Spór o człowieczeństwo płodu jest nierozstrzygalny z kilku powodów. Człowiek jest nie tylko istotą biologiczną, lecz także społeczną i kulturową. Statusu moralnego oraz prawnego płodu nie ustali żadna z nauk przyrodniczych, bo jest to problem moralny.

Czy płód rzeczywiście jest biologicznie istotą samoistną? Aż do momentu urodzenia się płód jest funkcjonalnie związany z organizmem matki, jest od niej zależny i nie może mieć pełnego statusu człowieka. Życie płodu w okresie ciąży jest procesem ucłowieczenia, a poród jest wydarzeniem nieporównanie bardziej doniosłym niż poczęcie. Funkcjonalny związek płodu z organizmem kobiety ma duże następstwa. Może bowiem nastąpić kolizja między prawami i interesami kobiety (prawo do jakości życia, prawo do ochrony zdrowia, prawo do życia) i płodu (prawo do życia, urodzenia się). Deontologia lekarska, przyjmująca pełną podmiotowość płodu, popada w takiej sytuacji w nierozwiązywalną antynomię – lekarz ma obowiązek zachować szacunek dla życia ludzkiego od chwili poczęcia i obowiązany jest do ratowania życia ludzkiego wszelkimi dostępnymi środkami. Jak wobec tego ma postąpić w sytuacji, gdy jedynym sposobem uratowania życia kobiecie ciężarnej jest przerwanie ciąży? Cokolwiek zrobi lub powstrzyma się od działań medycznych, złamie którąś z zasad¹⁰. Przyjęcie zasady zakazującej zabijania płodu nawet wtedy gdy chodzi o ratowanie życia kobiety, wiąże się z przekonaniem, że życie płodu ma większą wartość niż życie urodzonego człowieka. Kobieta jest w mniejszym stopniu człowiekiem niż płód, który nosi, jej prawo do życia jest mniejsze od prawa do życia płodu. Uznanie praw podmiotowych płodu, podkreśla W. Lang, prowadzi do naruszenia zasady równej wartości wszystkich ludzi będącej fundamentalną zasadą etyki chrześcijańskiej. Decyzję przyznającą embrionowi status człowieka uznaje za nieracjonalną oraz naruszającą koherencję każdego systemu etycznego, który zakłada, że człowiek jest wartością najwyższą i że życie każdego człowieka ma taką samą wartość. Krytykę stanowiska naturalistycznego uzupeł-

¹⁰ Rzecznicy bezwzględnego zakazu przerywania ciąży nie widzą tu takiej antynomii lub też optymistycznie sądzą, że można jej uniknąć. Por. S. Olejnik: *Etyka lekarska*. Katowice 1995, s. 100–103.

nia o następujący zarzut. Zwolennicy karania przerywania ciąży naruszają zakaz „nie zabijaj”, choć występują w jego obronie – w istocie skazują wiele kobiet na śmierć. Naruszają także zasadę: „Nikt nie ma prawa dysponować cudzym życiem”, choć się na nią powołują; broniąc bezwzględного zakazu przerywania ciąży, dysponują dowolnie życiem kobiet.

W. Lang nie wątpi, iż trzeba chronić płód jako rzecz cenną i że przerywanie ciąży jest złe i szkodliwe społecznie. Prawo karne nie jest jednak dobrym środkiem przeciwdziałania temu zjawisku. Skutki prawa zakazującego przerywania ciąży będą odwrotne od zamierzonych. Prawo to stanie się represyjne, niesprawiedliwe, okrutne. Jest wiele negatywnych zjawisk, których nie można usunąć za pomocą prawa (alkoholizm, narkomania, prostytucja). W wypadku przerywania ciąży trzeba usuwać przyczyny tego zjawiska, a nie objawy. Najskuteczniejsze okazuje się planowanie rodziny (świadome rodzicielstwo, oświata seksualna, poradnie dla młodzieży i małżeństw), szeroka, tania, dostępna antykoncepcja (lepiej zapobiegać ciąży, niż ją przerywać), opieka zdrowotna i socjalna nad rodziną, kobietą ciężarną oraz dzieckiem¹¹.

Zasada potencjalności

W sporach o dopuszczalność aborcji istotną rolę odgrywa przyjęte kryterium człowieczeństwa. Jednak bezsporne ustalenie, które z istniejących kryteriów jest jedynie słuszne, napotyka nieprzewidywalne trudności. W filozofii moralnej istnieją różne stanowiska w sprawie sposobów uzasadniania ocen czy norm moralnych. Stąd też jedno i to samo kryterium człowieczeństwa może być różnie uzasadniane¹². Dla naturalisty z faktu, że „X posiada ludzką strukturę genetyczną” wynika, że „X ma prawo do życia”. Z takim sposobem wyprowadzenia norm moralnych z faktów nie zgodzi się ten, kto przyjmuje Moore’owską koncepcję błędu naturalistycznego (głoszącą logiczną odmiennność wyrażen deskryptywnych i preskryptywnych). Intuicjonista będzie utrzymywał, że intuicja nieomylnie wskazuje mu to jedyne, prawdziwe kryterium człowieczeństwa. Intuicjonizm jednak nie dysponuje

¹¹ Potwierdzają to doświadczenia krajów, w których prawo jest liberalne, ale od lat prowadzona jest szeroka oświata seksualna, a środki antykoncepcyjne są tanie i dostępne. Por. dane podawane w: „Trybuna” z 12.10.1993.

¹² Z. Szawarski: *Etyka i przerywanie ciąży*. W: *W kręgu życia i śmierci*. Red. Z. Szawarski. Warszawa 1987, s. 193–199.

żadnym intersubiektywnym kryterium, które pozwoliłoby rozstrzygnąć, czyje intuicje są słuszne. Z kolei emotywizm utrzymuje, że spierający się (np. o to, czy zygocie przysługuje prawo do życia) wyrażają jedynie swoje emocje oraz postawy moralne i w ten sposób starają się wpłynąć na postawę oponenta. W dyskusji liczy się wszystko, co jest skuteczne (co może spowodować zmianę postawy oponenta). Można powoływać się na odkrycia naukowe, pokazywać film o stadiach rozwojowych embrionu, pokazywać drastyczne sceny przerywania ciąży, wskazywać na sytuację społeczno-ekonomiczną kobiety czy też w inny sposób działać na emocje biorących udział w sporze. Emotywizm ukazuje logiczną strukturę sporów etycznych, nie rozwiązuje jednak problemu uzasadniania słuszności wyrażanych w sporze przekonań, poglądów.

Wielu etyków biorących udział w dyskusji o aborcji odwołuje się do argumentu potencjalności oraz w nim upatruje podstawy do moralnego potępienia przerywania ciąży. Zasada potencjalności, zwana też argumentem potencjalności lub kryterium potencjalności, głosi, że prenatalne formy życia ludzkiego mają cenne możliwości rozwojowe i z tego względu unicestwienie zygoty czy embrionu jest złe. Inaczej mówiąc, zygota potencjalnie to człowiek, a skoro złem jest zabicie człowieka (dorosłego lub niedojrzałego), złem jest zabicie istoty, której ludzka potencjalność kiedyś przekształci się w realność. Zasada potencjalności bywa przyjmowana obok lub w uzupełnieniu do któregoś z kryteriów człowieczeństwa, bo „niezależnie od tego, czy prawo do życia jakiejś istoty uzależni się od faktu posiadania przez nią kodu genetycznego, rozwoju mózgu warunkującego zdolność do odczuwania i myślenia, czy też od »bycia osobą« – zawsze można twierdzić, że niedojrzałym osobnikom ludzkim, w tym także formom prenatalnym, prawo to przysługuje w stopniu równym co człowiekowi dorosłemu, ponieważ osobniki te są ludźmi w stanie *in potentia*.”¹³

Zasadą potencjalności posługuje się Kathleen V. Wilkes¹⁴, która wyróżnia kilka stopni potencjalności, przyjmuje, że każdej istocie biologicznie ludzkiej przysługuje potencjalność bycia człowiekiem realnym i bycia osobą. Zygocie, niemowlęciu, dziecku przysługuje jednostopniowa potencjalność bycia osobą, chociaż nie spełniają one wszystkich warunków bycia osobą, to wcześniej czy później je spełnią. Gametom przysługuje dwustopniowa potencjalność ludzka: 1) potencjalność przekształcenia się w pojedynczy określony byt (zygotę), 2) potencjalność przekształcenia się zygoty w osobę. Gamety, sądzi K.V. Wilkes, cechują się przypadkowością, której nie ma zygota, płód czy niemowlę. Dowolny plemnik może zapłodnić dowolne

¹³ E. Klimowicz: *Filozoficzne i etyczne podstawy poglądów na temat aborcji*. W: *Polityka i aborcja*. Red. M. Chałubiński. Warszawa 1994, s. 31.

¹⁴ K.V. Wilkes: *Od zarodka do osoby ludzkiej*. „Etyka” 1988, nr 23.

jajeczko, podobnie jajeczko – będzie lub nie będzie zapłodnione. Gamety mają tylko przypadkową potencjalność przekształcenia się w biologicznie ludzki organizm. zygota jest już organizmem i ma nieprzypadkową potencjalność przekształcenia się w osobę.

Stopniowanie potencjalności nie prowadzi K. Wilkes do stopniowania ludzkiego prawa do życia. Przyjmuje ona, że prawo to przysługuje każdemu człowiekowi (także potencjalnemu) w jednakowym stopniu – z uwagi na to, że człowiek jest osobą lub nią będzie – i dlatego, iż interesy płodu nie różnią się od interesów osób dorosłych (mają charakter długoterminowy i ogólny). Mamy zatem obowiązek ochrony życia ludzkiego (także potencjalnych jego form) i dostarczania wszystkiego, co jest mu potrzebne do jego rozwoju. Złem jest działanie przeciwne. Aborcja jest moralnie niedopuszczalna niezależnie od formy rozwoju prenatalnego.

Założenie przyjęte przez Wilkes, zdaniem E. Klimowicz, może prowadzić jeszcze dalej. Jeśli zgodzimy się z tezą, że naszym obowiązkiem jest działanie, aby wszelkie potencjalności ludzkie zostały zrealizowane w postaci osoby ludzkiej, to dochodzimy do wniosku, że mamy również obowiązek działać tak, by realizować potencjalność gamet. W ten sposób uznalibyśmy obowiązek prokreacji. Skoro złem jest unicestwienie potencjalnej osobowości prenatalnych form ludzkiej egzystencji, to może równie złe jest udaremnienie potencjalności pojawienia się takiego bytu. „Mówiąc językiem autorki: skoro złem jest udaremnienie potencjalności pierwszego stopnia (osobowej), to jest także złem udaremnienie potencjalności drugiego stopnia, czyli udaremnienie poczęcia. A zatem złem będzie nie tylko aborcja, stosowanie środków antykoncepcyjnych, ale nawet powstrzymywanie się od prokreacji drogą ascezy. Najbardziej efektywnie działać na rzecz dobra potencjalnych istot ludzkich będzie zatem ten, kto uzna prokreację za swój priorytetowy obowiązek.”¹⁵ Wprawdzie K. Wilkes nie wysuwa tak daleko idących wniosków, ale jej wypowiedź sugeruje utożsamienie prawa do życia z prawem do rozpoczęcia istnienia, pozwala więc i na taką interpretację. Jeśli nie będziemy utożsamiać prawa do życia z prawem do rozpoczęcia istnienia, wtedy zasada potencjalności będzie dotyczyć jedynie już poczętych potencjalnych istot ludzkich, tym samym nie doprowadzi nas do uznania obowiązku prokreacji czy zakazu stosowania środków antykoncepcyjnych.

Do podobnych konsekwencji prowadzi interpretacja zasady potencjalności przez R.M. Hare’a¹⁶. Autor ten proponuje stosować zasadę potencjalności łącznie ze „złotą regułą”, która głosi, że: „Powinniśmy postępować wobec innych tak, jak chcielibyśmy, by inni postępowali wobec nas.” Jeśli jeste-

¹⁵ E. Klimowicz: *Filozoficzne...*, s. 33.

¹⁶ A. Przyłuska-Fischer: *Argument potencjalności a przerywanie ciąży*. „Edukacja Filozoficzna” 1996, T. 21, s. 109–121.

śmy zadowoleni, że istniejemy, to tym samym jesteśmy zadowoleni, że nasza matka nie dokonała przerwania ciąży. Wobec tego, stosując „złotą regułę”, powinniśmy uznać, że jesteśmy zobowiązani do podobnego postępowania wobec innych (potępienie przerywania ciąży, uznanie obowiązku prokreacji). Swoje stanowisko Hare ilustruje przykładem przejętym od M. Tooleya (u Tooleya przykład ten służył krytyce zasady potencjalności, u Hare’a służy jej uzasadnieniu). Załóżmy, że istnieje substancja zmieniająca koty w ludzi i że ja sam jestem efektem wstrzyknięcia tej substancji kociemu embrionowi. Jeśli jestem zadowolony z tego, że przyszedłem na świat, to tym samym jestem zadowolony, że nie pozbawiono życia kociego embrionu, któremu wstrzyknięto cudowną substancję. Na mocy „złotej reguły” można dojść do wniosku, że nie powinno się zabijać kociego embrionu, któremu wstrzyknięto środek zamieniający go w istotę ludzką. Zasada potencjalności w ujęciu Hare’a odnosi się nie tylko do poczętych osób, lecz także do wszystkich potencjalnych istot ludzkich, które mogą się kiedyś pojawić na świecie. Chociaż Hare sądzi, iż przerywanie ciąży jest złe i że mamy obowiązek prokreacji, nie twierdzi, że mamy obowiązek nieograniczonej prokreacji. Odwołanie się do zasady użyteczności oraz zasady wymienialności, pozwala – jego zdaniem – moralnie usprawiedliwić ograniczenie prokreacji i prowadzenie polityki populacyjnej. Wedle A. Przyłuskiej-Fischer „dokonana przez Hare’a interpretacja argumentu potencjalności prowadzi do zgola odmiennych wniosków [...] niż te, które do tej pory zwykli byliśmy wyprowadzać z akceptacji tej zasady. Zasada potencjalności została przez niego rozszerzona w taki sposób, że pozwala uzasadnić słuszność czynów, których zabraniała w swojej poprzedniej interpretacji. Racją na rzecz usprawiedliwienia moralnego unicestwienia potencjalnej istoty ludzkiej (płodów) jest, zdaniem Hare’a, potencjalność innej, niepoczętej lub już istniejącej istoty ludzkiej.”¹⁷

Do zasady potencjalności (w połączeniu z genetycznym kryterium człowieczeństwa) odwołuje się Bogusław Wolniewicz¹⁸. Zwykły rozum, sądzi, każe przyjąć, że ludzki zarodek jest istotą ludzką od momentu zaistnienia zygoty. Już zygotę zawiera pełną oraz zindywidualizowaną ludzką entelechię (w rozumieniu arystotelesowskim) – jest w niej „obecna [...] i działa ta siła życiowa, która samorzutnie dąży, by się w pełni urzeczywistnić jako pewna całkiem określona ludzka osoba. [...] *In potentia* jest w niej już zawarty zespół wszystkich cech gatunkowych naszego gatunku.”¹⁹ Obecność entelechii, dodaje, jest jedynym warunkiem koniecznym i wystarczającym

¹⁷ Ibidem, s. 115.

¹⁸ B. Wolniewicz: *O tzw. bioetyce*. „Medycyna Wieku Rozwojowego” 2001, T. 5, supl. I do nr 1, styczeń-marzec.

¹⁹ Ibidem, s. 158.

biologicznego człowieczeństwa. Tylko ono może pretendować do „naukowości”, bo jest oparte na cechach istotnych, a nie powierzchownych. Wszystkie inne kryteria należy uznać za umowne, niepewne (jak np. rozmiar, kształt, podobieństwo do osobnika dorosłego). Nie jest ważne, w jaki sposób ta ludzka entelechia powstała – w sposób naturalny, na drodze zapłodnienia *in vitro* czy przez klonowanie. Istotne jest to, że w chwili zapłodnienia rozwój zarodka został już określony: od cech fizycznych (wygląd, kolor oczu i włosów, grupa krwi) po cechy osobowości (temperament, charakter, inteligencja) – i kwestią czasu jest ich ujawnienie. Autor nie wyjaśnia, dlaczego u niektórych ludzi entelechia się nie ujawnia bądź też dlaczego nie wszyscy ludzie osiągają ten sam stopień doskonałości gatunkowej. Przyjmuje, że entelechia to dusza ludzka (nie jest tożsama ze świadomością, bo ta jest tylko funkcją duszy), a embriion niewątpliwie duszę ma. Z tego wyciąga wniosek, że embriion powinien być traktowany z szacunkiem należnym człowiekowi – nie wolno eksperymentować na istotach obdarzonych duszą bez ich wyraźnej zgody, nie wolno ich traktować instrumentalnie. Biotechnologiczne ingerencje w naturę ludzką B. Wolniewicz potępia, porównuje je do praktyk dr. Mengele, transplantacje uznaje za formę kanibalizmu. Wydawać się mogło, że autor z taką samą stanowczością potępi aborcję i eutanazję oraz będzie rzecznikiem świętości życia ludzkiego od momentu poczęcia. Jest jednak inaczej. Istotę ludzką wolno zabić, czasem nawet trzeba²⁰. Aborcja jest zabójstwem, ale czasem usprawiedliwionym (gdy jest powodowana ważnymi powodami lub zapobiega złu jeszcze większemu). Sakra macierzyństwa i wolność kobiety wchodzą tu z sobą w kolizję, ale jest możliwe, jak sądzi, osiągnięcie kompromisu w kwestii dopuszczalności aborcji. Z przyjęciem kryterium genetycznego jak również zasady potencjalności nie łączy się u B. Wolniewicza obrona świętości życia ludzkiego. To nie życie ludzkie jest najwyższą wartością, lecz człowieczeństwo: „Życie ludzkie ma tylko wtedy wartość wyższą niż zwierzęce, gdy się w nim i przez nie realizuje człowieczeństwo. A to znaczy, że nie zawsze ją ma: może ją utracić. Człowieczeństwo nie jest nam dane automatycznie z biologią. Jest bowiem kwestią woli, a ta jest wolna: może je przyjąć lub odrzucić.”²¹ Jak jednak twierdzi dalej, już embriion ma wolę, tyle, że nie zdążyła się ona jeszcze ujawnić (ujawni się kiedyś poprzez czyny). Przyznam, że stanowisko autora jest dla mnie niejasne. Raz zakłada, stanowczo twierdzi (!), że kwestia człowieczeństwa embriionu jest niesłychanie oczywista, prosta. Innym razem czyni rozróżnienie między istotą ludzką w sensie biologicznym a człowiekiem w znaczeniu moralnym, aksjologicznym – człowiekiem embriion stanie się w cią-

²⁰ B. Wolniewicz: *Kilka tez do sporu o aborcję*. W: Idem: *Filozofia i wartości. Rozprawy i wypowiedzi*. Warszawa 1993, s. 270–277.

²¹ B. Wolniewicz: *O tzw. bioetyce...*, s. 165.

gu wielu lat, gdy w pełni rozwiną się wszystkie jego ludzkie możliwości. Raz człowieczeństwo ma być założone w samej strukturze genetycznej embrionu, to znów okazuje się, że automatycznych, biologicznych gwarancji tu nie ma. B. Wolniewicz chyba przeczuwa, że jego stanowisko nie jest w pełni jasne, skoro dodaje następującą uwagę – dopóki nie udowodnimy, że człowieczeństwa w embrionie (zygocie) nie ma, dopóty sądzimy, że jest. Założenie takie wolno oczywiście autorowi przyjmować, nadużyciem jest jednak traktowanie go jako jedyne niepodważalnego, „naukowego” kryterium człowieczeństwa.

Krytyka zasady potencjalności

Pojęcie potencjalności, a szczególnie pojęcie potencjalnej istoty ludzkiej, budzą liczne wątpliwości. Co znaczy zdanie, że „X ma możliwość (potencjalność) stania się Y”? Odpowiedź mówiąca, iż jest możliwe lub prawdopodobne, że X stanie się Y lub istnieje specjalna dyspozycja umożliwiająca przekształcenie się X w Y (o ile X już ją ma), niczego nie wyjaśnia. Nadal można pytać, jak rozumieć możliwość, dyspozycję²². Co więcej, istnieją powody, by odróżniać możliwość teoretyczną od praktycznej. Możliwość teoretyczna dotyczy zdań. Jest teoretycznie możliwe, że istnieje życie na Marsie, jeśli nie ma żadnych racji empirycznych zaprzeczających temu. Możliwość praktyczna dotyczy stosunku sprawstwa. Jest np. praktycznie możliwe, że gąsienica przekształci się w motyla, jeśli nie zostanie zjedzona przez ptaka. „Możliwość praktyczna nie implikuje logicznie możliwości teoretycznej. Jest praktycznie możliwe (choć mało prawdopodobne), że wygram główną nagrodę w totolotku. Jest to jednak teoretycznie niemożliwe, jeżeli np. z pewnych względów nigdy nie biorę udziału w grach hazardowych.”²³

Odnosząc to do zygoty ludzkiej, możemy powiedzieć, że jest teoretycznie możliwe, iż zygota przekształci się w osobę. To jednak nie oznacza, że zygota jest już osobą ludzką. Możliwość praktyczna, zaznacza Z. Szawarski, jest tu bardziej skomplikowana. Jest praktycznie możliwe, że zygota

²² Z. Szawarski: *Zasada potencjalności i prawa moralne płodu*. „Kwartalnik Filozoficzny” 1997, T. 25, z. 2, s.125–133.

²³ Ibidem, s.127. Na marginesie dodajmy, że proponowane przez Szawarskiego rozumienie różnicy między możliwością praktyczną i teoretyczną wydaje się niezgodne z intuicyjnym wyczuciem tej różnicy – jest teoretycznie możliwe, że wygram główną nagrodę w totolotku, ale praktycznie jest to niemożliwe, jak długo nie wypełnię i nie kupię zakładu (nie wezmę udziału w grze).

stanie się osobą, ale tylko wtedy, gdy nie stanie się nic, co mogłoby uniemożliwić takie przekształcenie. Jednak takie wyjaśnienie potencjalności ludzkiej opiera się na kilku założeniach: 1) że zygota zawiera coś, co inicjuje i steruje jej rozwojem, 2) że istnieje wiele czynników, które mogą uniemożliwić zygocie przekształcenie się w osobę, 3) że muszą zaistnieć optymalne warunki udanego rozwoju zygoty.

Możliwość praktyczna jest mocniejsza od teoretycznej, bo zakłada ona więcej niż kontynuację rozwoju biologicznego – „zakłada ona swoistą logikę i dynamizm stawania się osobą ludzką. Można bowiem prawomocnie twierdzić, że zygota jest po prostu osobą *in statu nascendi*. Nie ulega wątpliwości, że w sensie praktycznym zygota istotnie może stać się osobą i w tym sensie może być poprawnie opisana jako potencjalna osoba.”²⁴

Jak rozumieć dyspozycję zygoty do stania się osobą ludzką? Z. Szawarski proponuje następującą tezę: „X ma dyspozycję do stania się osobą ludzką wtedy i tylko wtedy, jeżeli X ma taką własność *d*, że ilekroć pojawi się bodziec *S*, to w odpowiednich okolicznościach *A*, X stanie się osobą ludzką.”²⁵ Za X możemy podstawić ludzką: gametę, zygotę, zamrożoną zygotę. W każdym wypadku początkowy bodziec i okoliczności mu towarzyszące są inne, końcowy efekt jest ten sam (osoba), nie jesteśmy pewni czy dyspozycja (*d*) jest tą samą własnością. W wypadku gamety *d* oznacza pewien unikatowy, męski lub żeński, układ chromosomów, w wypadku zygoty jest to układ będący skutkiem połączenia się dwóch różnych układów chromosomów. Można pytać, czy jest to jedna i ta sama dyspozycja, czy dwie różne. Autor opowiada się za tym, że jest to ta sama dyspozycja, ale dwustopniowa: bierna i czynna. Gamety mają jedynie dyspozycję bierną stania się osobą i dopiero moment zapłodnienia jest początkiem czynnej dyspozycji przekształcenia się zygoty w osobę. Kwestia momentu, w którym dokonuje się pełne urzeczywistnienie potencjalności osoby ludzkiej, nie jest, uznaje Z. Szawarski, istotna. Ważniejsze jest rozstrzygnięcie, czy istnieją moralnie znaczące różnice między różnymi fazami aktualizacji potencjalności człowieka – wydaje się oczywiste, że potencjalność zygoty jest większa niż potencjalność gamety, potencjalność sześciomiesięcznego embrionu jest większa niż potencjalność jednodniowej zygoty. Można jednak sensownie dowodzić, że niezależnie od stopnia aktualizacji potencjalności jest ona wciąż taka sama. W tej sytuacji mamy, zdaniem Z. Szawarskiego, do wyboru jedną z trzech tez: 1) potencjalna osoba ludzka nie ma żadnego statusu moralnego, 2) moralny status potencjalnej osoby zależy od fazy urzeczywistnienia jej potencjalności, 3) osoba potencjalna ma zawsze ten sam status moralny co osoba realna, niezależnie od stopnia aktualizacji swojej potencjalności.

²⁴ Ibidem, s. 128.

²⁵ Ibidem, s. 130.

Po analizie konsekwencji, do jakich prowadzą te trzy możliwe wybory, Z. Szawarski opowiada się za pierwszym. Pojęcie potencjalności, jak uważa, nie ma większego zastosowania do formułowania praw moralnych. Nie można też znaleźć żadnego rozstrzygającego argumentu, by przyznać prawa moralne potencjalnym osobom. Jeśli ktoś traktuje zasadę potencjalności poważnie, to musi zaakceptować argumenty Hare'a i uznać obowiązek prokreacji. Nie będzie to jednak obowiązek absolutny. „Gdyby jednak [...] ktoś zdecydował się przyznać prawa moralne zygocie i embrionom ludzkim, będą to zawsze jedynie prawa *prima facie* i wobec tego nigdy nie będą skutecznie pełniły tej roli, jakiej się od nich oczekuje, mianowicie obrony »niewinnego życia ludzkiego« poprzez skuteczne przeciwstawianie się egoistycznym interesom i ambicjom żyjących osób.”²⁶

Na wieloznaczność pojęcia potencjalności zwraca także uwagę A. Przyłuska-Fischer. Jej zdaniem potencjalność oznacza albo teoretyczną możliwość zaistnienia osobników ludzkich w nieokreślonej przyszłości (przyszli ludzie, przyszłe pokolenia), albo teoretyczną i praktyczną zarazem możliwość przekształcenia się danego zarodka ludzkiego w dorosłego osobnika. Różnica między jednym oraz drugim pojmowaniem potencjalności jest tak duża, że nie można pojęcia tego stosować wobec zarodka ludzkiego i przyszłych ludzi. Nawet jeśli założymy słuszność argumentu potencjalności, nie daje on podstaw do uzasadnienia takich samych zobowiązań moralnych istniejących ludzi wobec zarodków i przyszłych pokoleń, ani tym bardziej nie może być podstawą do ustalania praw potencjalnych ludzi. „Przypisywanie przyszłym, niepoczętym jeszcze istotom ludzkim jakichkolwiek praw moralnych, włączając w to prawo do pojawienia się na świecie, jest pojęciowym absurdem, między innymi z tego powodu, że nie można szanować ani złamać praw istot, których nie ma.”²⁷ Jeśli argument potencjalności ma mieć praktyczne znaczenie, podkreśla autorka, to musi brać pod uwagę jakościowe różnice między różnymi stopniami potencjalności (między potencjalnością gamet i potencjalnością zarodka). W przeciwnym razie będzie on konstrukcją tak nieokreśloną, że doprowadzi nas do absurdu i naruszy istniejące konwencje myślowe. Wspieranie argumentu potencjalności „złotą regułą” (jak to robi Hare) nie wnosi niczego nowego do sporu o dopuszczalność przerywania ciąży. Manipulacje, jakie uczynił Hare ze „złotą regułą”, doprowadziły do postawienia tezy głoszącej: skoro cieszysz się życiem, to musisz uznać przerywanie ciąży za złe moralnie. Argumentacja taka, sądzi A. Przyłuska-Fischer, jest chybiona. Ktoś zawdzięcza swoje istnienie temu, że jego matka nie przerwała ciąży, choć dokonano na niej gwałtu. Czy z faktu, że jest on zadowolony ze swego

²⁶ Ibidem, s. 136.

²⁷ A. Przyłuska-Fischer: *Argument potencjalności...*, s. 115.

istnienia, mamy (na mocy uogólnienia, które czyni Hare) utrzymywać, że dobrze się stało, że jego matka została zgwałcona i zalecać wszystkim mężczyznom gwałcenie kobiet? Oto ktoś, kto wyszedł cało z poważnego wypadku samochodowego dzięki temu, że kierowca wykonał manewr omijający drzewo kosztem potrącenia grupy pieszych. Czy radość z istnienia uratowanego w ten sposób człowieka ma pociągać za sobą moralną akceptację takiego sposobu uniknięcia wypadku samochodowego? Przytoczę jeszcze jeden z przykładów podanych przez autorkę: „Jeżeli osoba psychicznie chora jest szczęśliwa i zadowolona z własnej egzystencji, czy daje to wystarczająco uzasadniony powód do uznania, że powinniśmy stworzyć więcej osób chorych umysłowo?”²⁸ Te przykłady wystarczą, by postawić wniosek, że zadowolenie z własnego istnienia nie może potwierdzać tezy o moralnym obowiązku prokreacji, ani służyć do zaakceptowania wszystkich czynów popełnionych w przeszłości przez innych ludzi, a służących ich własnemu przetrwaniu lub przetrwaniu innych ludzi. Zdarzenia zaistniałe w przeszłości nie zawsze powinny decydować o naszych zobowiązaniach moralnych. Poza tym zalecanie jakiegoś sposobu postępowania na podstawie własnych odczuć zadowolenia jest naruszeniem zasady bezstronności, a ta zasada jest fundamentem „złotej reguły”.

Wniosek końcowy autorki głosi, że waga i znaczenie zasady potencjalności zmienia się w zależności od akceptowanej teorii etycznej. Sama opowiada się za taką wersją utilitaryzmu, która zasadę użyteczności pojmuje jako nakaz minimalizowania cierpienia, a nie maksymalizowania szczęścia. Najbardziej wiarygodne sformułowanie zasady potencjalności to, jej zdaniem, argument odwołujący się do pewnej koncepcji interesów. Pozbawienie życia potencjalnej istoty ludzkiej jest złe, bo pozbawia ją przyszłości i prowadzenia racjonalnego życia. Interesy mogą mieć tylko osoby istniejące aktualnie oraz zdolne do odczuwania wrażeń – tylko one mają prawa moralne. Gameta, zapłodniona komórka jajowa nie mają interesów. „Warunkiem posiadania interesów jest pojawienie się [...] aktywności mózgowej. Stanowisko to pozwala na odrzucenie argumentu potencjalności, który swoją siłę oddziaływania czerpie, moim zdaniem, z intuicyjnego przyjmowania tezy o konieczności ochrony życia ludzkiego bez uświadomienia sobie powodów, dla których takie postępowanie jest uznawane za słuszne.”²⁹

Opinie zwolenników i krytyków zasady potencjalności pokazują, że wbrew oczekiwaniom zasada potencjalności nigdy nie będzie podstawą do jednoznacznego rozstrzygnięcia kwestii moralnej oceny aborcji. Ta sama zasada, w zależności od przyjętej teorii etycznej i rozumienia pojęcia potencjalności, może służyć zarówno potępieniu unicestwienia potencjalnej isto-

²⁸ Ibidem, s. 118.

²⁹ Ibidem, s. 121.

ty ludzkiej, jak też usprawiedliwieniu kontroli urodzeń i świadomej polityki populacyjnej. Z uzasadnionych powodów wolno poświęcić potencjalność jednej istoty poczętej przez ludzi w imię potencjalności innej (nawet jeszcze nie poczętej) lub już istniejącej istoty ludzkiej.

Stanowiska wobec przerywania ciąży

W dyskusjach nad moralną i prawną dopuszczalnością aborcji zarysowały się trzy stanowiska: absolutystyczne (zwane też konserwatywnym), umiarkowane (zwane czasem konsekwencjalistycznym bądź decyzyjonistycznym), liberalne³⁰. Zaprezentuję je w wymienionej kolejności, zwracając szczególną uwagę na to, jaka jest w nich moralna ocena przerywania ciąży, w jaki sposób się ją uzasadnia i do jakich konsekwencji prowadzą (jakie formułują zasady, które mają obowiązywać w praktyce).

Stanowisko absolutystyczne

Zwolennicy tego stanowiska utrzymują, że przerywanie ciąży jest zawsze bezwzględnie (absolutnie) złe i niedopuszczalne moralnie (nie można tego czynu moralnie usprawiedliwić). U podstaw takiej oceny tkwi przekonanie, że od momentu zapłodnienia zygota jest człowiekiem i przysługuje jej prawo do życia (przyjmuje się tu genetyczne kryterium człowieczeństwa). Do tego przekonania dołącza się często religijne uzasadnienie głoszące, że norma „nie zabijaj” jest świętą i nienaruszalną normą daną od Boga i że tylko Bóg jest panem ludzkiego życia. Aborcja, nieważne czy dokonana chirurgicznie, czy z użyciem środków farmakologicznych, jest morderstwem osoby niewinnej. Te uzasadnienia uznawane są przez niektórych rzeczników stanowiska za wystarczające, nie wymagające innych argumentów. Niektórzy jednak dołączają do nich (lub przytaczają jako jedno z naczelných) uzasadnienia

³⁰ Stosuje się także podział dwudzielny na restrykcjonizm i permissywnizm lub *pro-life* i *pro-choise*. Por. T. Ślipko: *Za czy przeciw życiu. Pokłosie dyskusji*. Kraków–Warszawa 1992; L. Niebrój: *U początków ludzkiego życia*. Kraków 1997. Z uwagi na złożoność sporu wolę podział trójdzielny.

socjologiczne, militarystyczne, nacjonalistyczne, ekonomiczne, medyczne. Twierdzą np., że: przerywanie ciąży jest patologią społeczną i z tego względu należy ją zwalczać za pomocą represyjnego prawa, narodowi grozi zagłada biologiczna, należy dążyć do coraz większego przyrostu naturalnego (potrzeba ludzi do obrony Ojczyzny i do pracy), zabiegi przerywania ciąży są zawsze szkodliwe dla zdrowia kobiety (prowadzą do ciężkich powikłań, bezpłodności, zaburzeń psychicznych).

Z tych powodów, utrzymują absolutyści, należy wprowadzić bezwzględny prawny zakaz przerywania ciąży i jej karalność. Nieliczni są skłonni dopuścić wyjątkowo aborcję w wypadku zagrożenia życia kobiety (ciąża pozamaciczna) – wtedy odwołują się do zasady podwójnego skutku³¹. Najbardziej konsekwentni zwolennicy stanowiska chcieliby rozszerzyć obszar objęty prawnym zakazem oraz restrykcjami na badania prenatalne, prokreację medycznie wspomaganą, eksperymenty na płodach, a nawet na stosowanie środków antykoncepcyjnych (wszystkich oprócz „naturalnej metody poczęć”).

Stanowisko umiarkowane

Stanowisko to jest najbardziej rozbudowane, obejmuje wiele różnych koncepcji, które łączy przekonanie, że stawanie się człowiekiem to proces, dzieli je zaś ustalenie momentu, od którego zaczyna się antropogeneza. Zwolennicy tego stanowiska uważają, że przerywanie ciąży jest złe moralnie, dodają jednak, że tego zła nie zawsze można uniknąć (szczególnie w sytuacji konfliktu dóbr, praw, interesów różnych podmiotów). Z uwagi na przyjmowane kryteria rozwojowe człowieczeństwa przerywanie ciąży uznaje się za moralnie dopuszczalne tylko we wczesnych fazach ciąży, kiedy embriion nie jest człowiekiem. Nie wyklucza się tu możliwości uzasadnienia przerwania ciąży w drugim trymestrze, ale, jak się zaznacza, wymaga to mocniejszego uzasadnienia niż aborcja w pierwszym trymestrze. Niekiedy wskazuje się, że bezwzględna realizacja normy „nie zabijaj” nie jest możliwa – w sytuacjach konfliktu wartości oraz praw nie można uniknąć dramatycznego wyboru między życiem płodu i kobiety ciężarnej.

Stanowisko to nie neguje, że ochrona płodu jest potrzebna. Moralność i prawo powinny chronić płód jako coś cennego i jednocześnie chronić kobiety ciężarne (ochrona pośrednia ograniczona). Prawo chroniące płód nie może być represyjne, bo takie prawo jest nieskuteczne. Karalność przery-

³¹ L. Niebrój: *U początków...*, s. 85–86.

wania ciąży, podkreślają rzeczniczy stanowiska, nie zmniejsza liczby zabiegów aborcyjnych, przyczynia się do wzrostu śmiertelności kobiet oraz noworodków, powstania podziemia ginekologicznego, skutkiem takiego prawa może być wzrost dzieciobójstwa. Wykrywalność przerywania ciąży jest znikoma, a gdyby była duża, powstaje problem, jak ukarać kilkadziesiąt (kilkaset?)³² tysięcy kobiet rocznie oraz lekarzy dokonujących aborcji. Lepiej usuwać przyczyny aborcji – przez wykształcanie postaw świadomego i odpowiedzialnego rodzicielstwa (oświata seksualna, poradnie dla młodzieży, małżeństw), zapewnienie taniej, dostępnej antykoncepcji, opiekę zdrowotną i socjalną – niż karać za jej dokonanie. Prawo represyjne, oprócz nieskuteczności, jest niesprawiedliwe oraz okrutne. Niesprawiedliwe, bo łamie zasadę równości obywateli wobec prawa (uderza w kobiety będące w wieku rozrodczym i w lekarzy ginekologów), działa selektywnie (dotyka kobiety słabsze ekonomicznie, niezaradne, niewykształcone; nie dosięga kobiet bogatych, które mają możliwości dokonania zabiegu za odpowiednią opłatę, ani w mężczyzn, którzy też przecież mają swój udział w niechcianej ciąży). Prawo restrykcyjne nie pełni funkcji resocjalizacyjnych, raczej wzmacnia litość dla kobiet niż potępienie ich czynów. Jest to prawo okrutne z kilku powodów. Po pierwsze, karalność aborcji zagraża podwójnie zdrowiu i życiu kobiety; jeśli kobieta wbrew prawu zdecyduje się na nielegalny zabieg, naraża się na duże niebezpieczeństwo utraty zdrowia oraz życia, rodzenie z przymusu nie wpływa korzystnie na zdrowie kobiety (ciąża zagrażająca życiu może doprowadzić do jej śmierci, przymus rodzenia może doprowadzić do zaburzeń psychicznych). Po drugie, zmuszanie do rodzenia niezależnie od okoliczności, w jakich ciąża powstała (gwałt, kazirodztwo), stanu zdrowia kobiety i płodu oraz sytuacji bytowej kobiety oraz jej rodziny (np. ubóstwo, liczne potomstwo, alkoholizm męża) godzi w godność kobiety, bo jest ona ubezwłasnowolniona. Przymus rodzenia chorych, niechcianych dzieci sprzyja porzucaniu dzieci i dzieciobójstwu. Po trzecie, przymus rodzenia narusza prawo do jakości życia, co w przypadku rodzin biednych i wielodzietnych jest szczególnie drastyczne.

Z tych powodów zwolennicy stanowiska umiarkowanego są zdania, że prawo nie może bezwzględnie zakazywać przerywania ciąży, lecz powinno je dopuszczać w następujących przypadkach: 1) zagrożenia życia lub zdrowia kobiety, 2) stwierdzenia wrodzonych wad płodu, 3) ciąży pochodzącej z przestępstwa, 4) w trudnej sytuacji bytowej kobiety i jej rodziny. Konsekwencji są widzą różnicę między prawnym zakazem przerywania ciąży (z ewentualnymi wyjątkami) a prawnym dopuszczeniem przerywania ciąży

³² Szacunki dotyczące liczby aborcji dokonywanych w Polsce były i są rozbieżne. Por. B. Brach: *Paragraf stanu odmiennego*. „Życie Gospodarcze” 1991, nr 5 (2049); E. Cichocka: *Dramat w toku*. „Gazeta Wyborcza” z 18.12.1992.

(w określonych przypadkach). W pierwszym przypadku prawo jest restrykcyjne, stawia zbyt wygórowane wymagania, w drugim prawo jest bardziej liberalne, pozostawia więcej miejsca na indywidualne wybory, pozwala jednak na większą kontrolę samego zjawiska aborcji.

Stanowisko liberalne

Zwolennicy tego stanowiska uważają, że przerywanie ciąży jest obojętne moralnie, bo płód jest częścią organizmu kobiety, a jego usunięcie jest tym samym, co usunięcie tkanki z organizmu kobiety. Jeśli dostrzegają w płodzie autonomiczny organizm ludzki, uważają, że nie przysługują mu moralne uprawnienia (płód jest bytem bezosobowym). W skrajnych postaciach tego stanowiska stawia się tezę, że płód to agresor w ciele kobiety i już z tej racji przerwanie ciąży nie jest naganne moralnie (aborcja to obrona przed agresorem). Uzasadnienia, jakie się tu przytacza, są dwojakie. Pierwsze odwołuje się do kryterium człowieczeństwa (kryterium zdolności do samoistnego istnienia, kryterium urodzenia). Płód, twierdzi się, staje się człowiekiem, kiedy jest zdolny do samoistnego istnienia poza organizmem matki lub kiedy się urodzi. Dopiero wtedy ma prawo do życia oraz podlega ochronie moralności i prawa. Drugie uzasadnienie, chyba ważniejsze dla rzeczników tego stanowiska, odwołuje się do praw kobiety: prawa do własności i kontroli własnego ciała (stąd hasło „mój brzuch należy do mnie”), prawa do decydowania o własnym życiu, prawa do wolności osobistej i swobód obywatelskich, prawa do autonomii moralnej³³. Jeśli kobietom odbierze się lub poważnie ograniczy te prawa, będą one jedynie przedmiotami, narzędziami do rodzenia, własnością plemienia, narodu, państwa. Tylko do nich powinna należeć decyzja, czy chcą utrzymać ciążę, ile chcą mieć dzieci i kiedy. Decyzja o przerywaniu ciąży bądź jej utrzymaniu powinna być ich suwerenną decyzją. Stanowisko liberalne jest przeciwne prawnemu zakazowi aborcji, pozostawia to indywidualnemu sumieniu kobiety.

Trzy główne stanowiska wobec przerywania ciąży zostały przedstawione w formie modelowej. W rzeczywistości nie muszą one występować w tak „czystej” postaci. Stanowisko absolutystyczne jest lansowane najczęściej przez prawicowe ugrupowania polityczne, Kościół katolicki, organizacje broniące prawa do życia dla nienarodzonych. Stanowisko liberalne jest

³³ Typową argumentację dla stanowiska liberalnego znajdziemy w tekście J.J. T h o m s o n: *Obrona sztucznego poronienia*. W: *Nikt nie rodzi się kobietą*. Wybór, przekł., wstęp T. H o ł ó w k a. Warszawa 1982 oraz B. U m i Ń s k a: *Kobieta plemienia*. W: *Polityka i aborcja...*

typowe dla organizacji i ruchów feministycznych³⁴. Stanowisko umiarkowane mogą preferować przedstawiciele różnych ugrupowań politycznych oraz orientacji światopoglądowych, choć najwięcej znajdziemy tu przedstawicieli lewicy i centrum. Nie sposób zanegować twierdzenia, że istnieje pewien związek między wyznawanym światopoglądem i ideologią a moralną oceną przerywania ciąży oraz formułowaniem zasad praktycznych. Nie jest to jednak związek stały ani konieczny. Jedno i to samo kryterium (np. genetyczne) bywa akceptowane zarówno przez wierzących, jak również ateistów, mogą się oni zgadzać co do moralnej oceny aborcji i stosować podobne uzasadnienia, ale różnić się co do konieczności, a także zakresu prawnych regulacji. Spory o aborcję we wszystkich krajach wiążą się z istniejącymi podziałami światopoglądowymi, politycznymi – w sporach tych ścierają się różne koncepcje człowieka i świata, godności, odmienne ujęcia praw człowieka lub modele państwa, spierający się inaczej pojmują proces wychowania moralnego społeczeństwa oraz role środków prawnych, które należy stosować, by wybory indywidualne były zgodne z dominującym światopoglądem czy ideologią. Z drugiej strony, z uwagi na złożoność sporu i niespójność indywidualnej świadomości jednoznaczne i proste zależności mogą tu nie występować³⁵.

Konfrontacja postaw. W poszukiwaniu kompromisu

Zaprezentowane stanowiska wobec moralnej i prawnej dopuszczalności aborcji ukazują zarazem postawy ludzi wobec wielu różnych spraw – nie chodzi tu tylko o pojmowanie człowieczeństwa i praw człowieka, obronę prawa do życia płodu czy prawa do wolności kobiety. Stanowiska wobec aborcji zawierają (często w sposób ukryty) różne poglądy na tradycję, płęć, władzę. Potępienie aborcji i chęć wprowadzenia prawnych restrykcji nie musi wiązać się z szacunkiem dla życia, lecz z wiarą, że naturalną funkcją kobiet jest rodzenie dzieci, a zachowania seksualne człowieka mają jedynie cel prokreacyjny. Legalizacja aborcji i dostęp do metod kontroli urodzin (szcze-

³⁴ Choć sam feminizm jest bardzo zróżnicowany. Por. K. Ślęcka: *Feminizm. Ideologie i koncepcje społeczne współczesnego feminizmu*. Katowice 1999.

³⁵ Analizę zależności między ugrupowaniami politycznymi a stanowiskiem wobec aborcji dokonuje M. Fuszara: *Debate o aborcji a kształtowanie się sceny politycznej w Polsce po upadku komunizmu* W: *Polityka i aborcja...*

gólnie pigułki RU-486) jawi się konserwatywnie nastawionym ludziom jako zamach na tradycyjny model rodziny i macierzyństwa. Sprzeciw wobec aborcji często w istocie dotyczy kontroli kobiet. Rozłam między zwolennikami dopuszczalności aborcji i zwolennikami zakazu aborcji nie zawsze jest odbiciem innego spojrzenia na wartość życia płodu, lecz innego ujęcia relacji państwo – obywatel³⁶.

Zawsze ilekroć toczy się spór o aborcję, jest on konfrontacją postaw i poglądów (nie tylko na świętość życia płodu czy wolność kobiety) nie dających się ze sobą pogodzić. Można więc wątpić, czy strony zaangażowane w spór mogą dojść do jakichś kompromisów? Zdania są podzielone. János Kis widzi możliwość kompromisu na płaszczyźnie prawnej – kompromisowa ustawa będzie unikać skrajności (całkowitego zakazu bądź całkowitej dopuszczalności aborcji). Ustawa umiarkowanie zezwalająca na aborcję przyjmuje:

- do końca 3. miesiąca ciąży decyzję pozostawia się wyłącznie kobiecie (to sprawa jej sumienia),
- od 4. miesiąca dopuszcza się aborcję jedynie wypadku zaistnienia określonych okoliczności, przy czym wraz z upływem czasu kryteria muszą być zaostrzone (w ostatnich 3. miesiącach aborcja może być dozwolona jedynie dla ratowania życia kobiety).

L.H. Tribe jest sceptycznie nastawiony do możliwości osiągnięcia kompromisu w kwestii aborcji. Europejskie rozwiązania prawne nie nadają się, jego zdaniem, do zastosowania w USA³⁷ z powodu różnic kulturowych. Kompromisy, jakie do tej pory osiągnano w prawie amerykańskim, nikogo nie zadowolili i były okrutne. Prawo zezwalające na aborcję pod warunkiem obowiązku powiadamiania osób trzecich (męża ciężarnej, rodziców nieletniej, wymóg zgody rodziców na aborcję u nieletniej czy zgody męża), ograniczające przyczyny, dla których aborcja może być dopuszczalna, czy ograniczające środki publiczne na finansowanie aborcji, nie chroni dobrze ani życia, ani wolności kobiety, faktycznie nie korzystają z niego kobiety młode, niewykształcone, pochodzące ze wsi i kolorowe. Często też jest przyczyną ludzkich tragedii. Takie „kompromisy”, sądzi Tribe, „traktują kobietę jako kogoś obcego dla płodu i przeciwstawiają tych dwoje jedno drugiemu – są pozbawione ludzkiego zrozumienia i nie są wiarygodnymi posunięciami w kierunku świata, w którym ludzie starają się do siebie dotrzeć i wzajemnie się zrozumieć”³⁸. Autor, mimo wszystko, dostrzega szansę na osiągnięcie minimum porozumienia między stronami sporu o aborcję. To minimum

³⁶ Na te sprawy zwraca uwagę J. Kis: *Aborcja. Argumenty za i przeciw*. Warszawa 1993, s. 36–39 oraz L.H. Tribe: *Aborcja. Konfrontacja postaw*. Rozdz. 10. Poznań 1994.

³⁷ L.H. Tribe: *Aborcja...*, s. 93–96.

³⁸ Ibidem, s. 263.

byłoby zarazem podstawą humanitarnego prawa regulującego dopuszczalność aborcji. Aby to osiągnąć, rzecznicy stron w sporze musieliby przyjrzeć się swoim poglądom i postawom oraz dostrzec, że to, co głoszą jako prawdy uniwersalne, jest jedynie fasadą dla innych spraw. Wszystkim stronom sporu przydałoby się więcej pokory, samokrytycyzmu i szacunku dla przeciwnika. Być może po namyśle wszyscy zgodziliby się, że od samego sporu o dopuszczalność aborcji ważniejszy jest problem redukcowania jej przyczyn oraz zachęcania ludzi do odpowiedzialnych zachowań seksualnych i prokreacyjnych (poprzez lepsze wykształcenie, dostępność antykoncepcji, zmniejszanie ciężarów związanych z wychowaniem dzieci). „Prawie wszyscy z nas już zgadzają się, że powinniśmy dążyć do społeczeństwa, w którym każde poczęte dziecko jest chciane, i w którym każde urodzone dziecko ma kogoś do kochania i wychowywania go.”³⁹

Optymizm Tribe’a oparty jest na założeniu, że istnieją racje, które przyjmą wszyscy bez względu na swoje rozumienie praw (prawa do życia, prawa do wolności, prawa do miłości, prawa do opieki) oraz sposobu ich egzekwowania. Można jednak wątpić, czy tak jest. Jak sądzi Jacek Hołówka, w sporze o aborcję jedni powołują się na prawa płodu, drudzy na prawa kobiety. Obu stronom trzeba przyznać rację – i płody, i kobiety mają swoje uprawnienia, ale nie jest jasne, jakie one są. Trzeba je uznać za uprawnienia abstrakcyjne, nie konkretne, i jako takie nieegzekwowalne, szczególnie w sytuacji ich konfliktu. „Można je zamienić na uprawnienia konkretne tylko po uwzględnieniu wszystkich racji przedstawianych przez obie strony i znalezieniu wyjścia, które nie gwałci żadnego wiarygodnego uprawnienia. Poszukiwanie takiego rozwiązania jest możliwe wyłącznie przy założeniu, że obie strony zaangażowane w spór są gotowe bezstronnie zbadać wartość argumentów stosowanych przez oponenta i *a priori* zgodzą się zmienić własną postawę, jeśli te argumenty okażą się przekonujące. Trudno zgadnąć, czy ludzki umysł jest zdolny do takich ustępstw, gdy w grę wchodzi silne emocje.”⁴⁰

Moralna ocena przerywania ciąży

Pomimo tego, że dotychczasowe rozważania skłaniają do sceptycyzmu, czy uda się kiedykolwiek osiągnąć porozumienie w kwestii tak skompliko-

³⁹ Ibidem, s. 285.

⁴⁰ J. Hołówka: *Etyka w działaniu*. Warszawa 2001, s. 197.

wanej, dramatycznej i delikatnej jak aborcja, trzeba dokonać wyboru spośród istniejących propozycji. Zgadzam się z poglądem I. Lazari-Pawłowskiej, że „wybór zakresu istot, z których autonomicznym dobrem pragniemy liczyć się w działaniu, jest [...] rzeczywistym wyborem z naszej strony, wyborem logicznie arbitralnym, bynajmniej jednak nie psychologicznie – zależy on bowiem od ukształtowanych już w nas poczuć moralnych, jest przez nie wyznaczony, z nimi zharmonizowany”⁴¹. W wypadku dopuszczalności aborcji wybór ten, jak sądzę, powinien być wyznaczony przede wszystkim przez wrażliwość na cudzy los i odpowiedzialność za zachowania w sferze seksualnej. Wrażliwość trudno jest opisać oraz podać jej kryteria. Można ją chyba porównać do postawy odczuwającej minimum szacunku dla życia (w tym wypadku ludzkiego) w każdej fazie jego istnienia i starającej się chronić życie, o ile nie stoi to w konflikcie z innymi wartościami. Ważne jest także to, by nasza wrażliwość nie była stronnicza – solidaryzowanie się tylko z losem embrionów czy tylko z dramatem kobiet jest stronnicze i prowadzi do przeciwstawiania sobie tych dwóch stron. Drugą niemniej ważną sprawą jest kwestia odpowiedzialności ludzi za zachowania seksualne. Odpowiedzialność ta jest często zawężana tylko do kobiet. Jest to o tyle zrozumiałe, że niechciana lub nieudana ciąża jest problemem kobiet – to głównie one ponoszą konsekwencje współżycia seksualnego, one muszą zdecydować, czy chcą urodzić, na nie spada większość obowiązków związanych z opieką i wychowaniem potomstwa. Już choćby z tego powodu decyzja o tym, czy urodzić, czy przerwać ciążę, nie może być podjęta przez osoby, dla których jest to problem wyłącznie teoretyczny. Zgadzam się z poglądem Z. Szawarskiego⁴², że kobieta ma moralny obowiązek urodzić dziecko wtedy, gdy uzna to za swój obowiązek. Inaczej mówiąc: im bardziej była świadoma działania prokreacyjnego, tym bardziej jest odpowiedzialna za poczęcie dziecka i tym bardziej powinna przyjąć na siebie obowiązek urodzenia dziecka (są to warunki odpowiedzialnego macierzyństwa).

Tylko wspomniana wyżej wrażliwość jak również odpowiedzialność są dobrą podstawą do dokonania wyważonej moralnej oceny przerywania ciąży. Nie zakładamy z góry, że każda decyzja o przerwaniu lub utrzymaniu ciąży jest prosta, łatwa, bezbłędna, dobra. Nie twierdzimy, że nigdy nie ma konfliktu między dobrem istniejących osób a dobrem potencjalnie ludzkich istot, ani nie zakładamy, że konflikt taki zawsze musi się ujawnić. W praktyce taka postawa prowadzi do uznania, że:

- im bardziej ciąża zagraża zdrowiu czy życiu kobiety, tym mocniejsze są powody, by kobieta nie uznała obowiązku urodzenia dziecka oraz podjęła decyzję o aborcji,

⁴¹ I. Lazari-Pawłowska: *Kręgi ludzkiej wspólnoty*. „Etyka” 1980, nr 18, s. 215.

⁴² Z. Szawarski: *Spór o przerywanie ciąży*. „Ginekologia Polska” 1988, T. 59, s. 131.

- jeśli ciąża powstała w wyniku gwałtu, kobieta nie jest odpowiedzialna za jej powstanie i nie ma obowiązku urodzenia dziecka,
- jeśli płód obarczony jest wadami genetycznymi, których nie można wyeliminować, i wiadomo, że dziecko urodzi się chore, to tylko do kobiety należy decyzja, czy urodzi oraz podejmie się opieki nad dzieckiem,
- wcześniej podjęte obowiązki (opieka nad dzieckiem specjalnej troski, posiadanie licznej rodziny) mogą przemawiać za rezygnacją z obowiązku urodzenia dziecka.

Podane wyżej powody decyzji proaborcyjnej uznają za ważne – przerwanie ciąży jest uzasadnione, a moralna ocena aborcji stanowi usprawiedliwienie czynu rozumianego jako mniejsze zło bądź powstrzymanie się od potępienia. Oczywiście we wszystkich wymienionych przypadkach kobieta może zdecydować, że urodzi dziecko. Powinna to być jej własna, niewymuszona przez innych decyzja – dopiero wtedy zasługuje ona na podziw jako akt heroizmu i poświęcenia. Nie znaczy jednak, że mamy prawo, by heroicznych zachowań wymagać od kobiet znajdujących się w takich sytuacjach.

Do względów ważnych (choć może mniej ważkich od wyżej wymienionych), usprawiedliwiających aborcję zaliczyłabym także sytuacje, gdy zawodzą stosowane środki antykoncepcyjne, a kobieta i jej partner nie chcą mieć potomstwa bądź uznają, że spełnili już swoje aspiracje prokreacyjne. To właśnie poczucie odpowiedzialności za los potomstwa (zapewnienie mu odpowiednich warunków życia i rozwoju) skłania wielu ludzi do ograniczenia prokreacji. Dopóki większość ludzi nie może w pełni kontrolować swojej rozrodczości (niska oświata seksualna, brak lub mały dostęp do środków antykoncepcyjnych), postawy świadomego rodzicielstwa, nawet jeśli prowadzą do podjęcia decyzji proaborcyjnej, są lepsze niż dzieciobójstwo, porzucanie dzieci czy nieodpowiedzialne powoływanie na świat kolejnych dzieci bez zapewnienia im minimum egzystencji godnej człowieka.

Rozdział V

Prokreacja medycznie wspomagana

W 1932 r. Aldous Huxley napisał swoją ponurą utopię *Nowy, wspaniały świat*. Przedstawił tam świat przyszłości – wszyscy ludzie są przydzieleni do wykonywania określonych zajęć. Kontrolą poddano wszystko, także rozmnażanie. Ludzie rodzą się w probówkach w wielkich laboratoriach na skalę przemysłową. Z gamet żeńskich i męskich uzyskuje się jedno zapłodnione jajo, a z niego 96 identycznych osobników. Hodowane osobniki od razu są dzielone na kasty: Alfa – do prac naukowych i do zarządzania, Beta, Gama, Delta, Epsilon – do pozostałych robót. Epsilon – to półzidiociały roboty do najcięższych robót. Sztuczna prokreacja to sposób na zapewnienie porządku, sprawiedliwości i szczęścia.

Jeszcze w latach sześćdziesiątych XX wieku dyskusja o sztucznej prokreacji należała do fantastyki naukowej lub horroru ideologicznego. Bardzo szybko prokreacja medycznie wspomagana (zwana też sztuczną prokreacją) stała się faktem i znalazła się wśród rutynowych sposobów postępowania w wypadku bezpłodności¹.

Geneza

Pierwszego udanego zabiegu sztucznego zapłodnienia wewnątrzustrojowego dokonano w Anglii w końcu XVIII wieku (1785 r.), a w USA w 1866 r.

¹ Z. Szawarski: *Nowy, wspaniały „Homo Sapiens”*. (Etyczne aspekty sztucznej prokreacji). „Studia Filozoficzne” 1988, nr 3, s. 49 i n.

W latach trzydziestych XX wieku sztuczne zapłodnienie było już metodą akceptowaną przez wielu lekarzy. W USA rodzi się za pomocą tej metody 10 000–20 000 dzieci rocznie².

Pierwsze sztuczne zapłodnienie ludzkiej komórki jajowej, poza organizmem kobiety zostało dokonane w 1944 r. przez dr. Johna Rocka z Uniwersytetu Harvard. Zarodek żył krótko. Od tego czasu prowadzono prace nad przedłużeniem życia zarodka i implantacją embrionu.

W roku 1973 dr Landrum Shettles z kliniki Uniwersytetu Columbia w Nowym Jorku dokonał zapłodnienia *in vitro* jaja oraz plemników małżonków Del Zio, z zamiarem wszczepienia zarodka pani Del Zio. Embrion hodował w inkubatorze. Dyrektor kliniki uznał eksperyment za niebezpieczny i zniszczył zarodek. Sprawa trafiła do sądu. Ten uznał, że dyrektor popełnił czyn niedozwolony i ponosi odpowiedzialność za pogorszenie zdrowia i cierpienia doznane przez małżonków Zio. Odpowiedzialnością obciążono także klinikę. Sąd przyjął (choć tego nie sformułował wyraźnie), że embrion w probówce jest zarodkiem ludzkim i podlega ochronie prawnej³.

Pierwsze doniesienia o udanych próbach zapłodnienia jajeczka ludzkiego *in vitro* są związane z nazwiskiem angielskiego biologa Roberta Edwardsa. Zajmował się on sztucznym zapłodnieniem u myszy (praca doktorska). W 1960 r. para jego przyjaciół odkryła, że nie może mieć dzieci (kobieta cierpiała na niedrożność jajowodów). Edwards był ciekawy, czy udałoby się z jajnika kobiety wydobyć jajeczko, zapłodnić je poza organizmem kobiety i potem umieścić w macicy. Rozpoczął eksperymenty. W 1967 r. spotkał brytyjskiego ginekologa Patricka Steptoe'a. Aby zapłodnić komórkę jajową, należy ją wydobyć w ściśle określonym czasie (gdy jajo jest dojrzałe). Patrick Steptoe stał się „współojcem” pierwszego na świecie dziecka z probówki. To on wynalazł laparoskop, dzięki któremu można było pobrać jajeczko bez konieczności przecinania powłok brzusznych na dużej długości (wystarczy 3 małe nacięcia). Pierwsze doniesienie o udanym zapłodnieniu ludzkiego jaja ukazało się w 1969 r. w „Nature”. Trzeba było jeszcze 8 lat intensywnych badań, eksperymentów, by w 1978 r. urodziła się Luiza Brown – pierwsze dziecko pochodzące z zapłodnienia *in vitro*. W innych krajach bardzo szybko podjęto próby zastosowania metody zapłodnienia *in vitro* – we Francji w 1982 r. urodziło się dziecko z probówki, we Włoszech w 1983, w Australii w 1979, w Polsce w 1987 r. W roku 1994 na świecie żyło około 200 000 dzieci pochodzących z zapłodnienia *in vitro*.

² M. Nesterowicz: *Prawo medyczne*. Toruń 1988, s. 124. W ciągu 25 lat dzięki metodzie *in vitro* na świecie urodziło się ponad milion dzieci. Zob. „Dziennik Zachodni” z 28.07.2003, s. 3.

³ Ibidem, s. 131.

Stan obecny

Obecnie zapłodnienie *in vitro* (zapłodnienie pozaustrojowe, zapłodnienie zewnętrzne) jest standardową metodą leczenia (przewycięzania) bezpłodności stosowaną w klinikach świata. Prawie każdy w miarę rozwinięty kraj prowadzi badania nad sztuczną prokreacją i stosuje ją. Wszędzie też ta metoda wywołuje spory i dyskusje.

Współcześnie rozróżniamy następujące sposoby prokreacji: 1) naturalne, 2) sztuczne: a) zapłodnienie homologiczne AIH, b) zapłodnienie heterologiczne AID, c) zapłodnienie mieszane AIC, d) *in vitro*.

AIH – *artificial insemination by husband*: dawcą nasienia jest legalny mąż kobiety pragnącej mieć dziecko, zabiegu dokonuje się w obrębie małżeństwa.

AID – *artificial insemination by donor*: może się zdarzyć, że bezpłodność mężczyzny, oligospermia lub pewne groźne choroby genetyczne dyskwalifikują go jako dawcę nasienia. Wtedy używa się nasienia zdrowego dawcy (kwestia, czy ma on być anonimowy, czy też potomek ma prawo wiedzieć o swym genetycznym ojcu, jest dyskusyjna).

Zarówno AIH, jak i AID mają ponad stuletnią historię oraz są stosowane także w Polsce.

AIC – *artificial insemination combined*: nasienie męża i innego mężczyzny jest mieszane dla celów fizjologicznych lub psychologicznych. Traktuje się je jak AIH – chociaż nie można z pewnością powiedzieć, że mąż jest ojcem urodzonego dziecka, ma on szansę nim być, skoro jego nasienie zostało użyte do zapłodnienia żony.

Zapłodnienie *in vitro* – IVF (*„in vitro” fertilization*): jest techniką polegającą na wydobyciu z jajnika dojrzałej komórki jajowej, zapłodnieniu jej *in vitro* (w szkle) nasieniem męża lub dawcy i następnie w odpowiednim momencie umieszczeniu embrionu w macicy. Obecnie lekarze pobierają zwykle i zapładniają więcej niż jedną komórkę jajową oraz umieszczają w macicy 2, 3 i więcej embrionów. Opanowanie techniki głębokiego zamrażania i bezpiecznego rozmrażania ludzkich embrionów pozwala w przypadku niepowodzenia pierwszego transferu na ponowną próbę implantacji bez konieczności powtórnych zabiegów niezbędnych dla pobrania materiału genetycznego. Zapłodnienie *in vitro* otwiera możliwości rodzicielskie bezpłodnym kobietom, u których najczęstszą przyczyną bezpłodności jest niedrożność jajowodów (około 15% kobiet cierpi na tę dolegliwość).

Możliwe są trzy sposoby zastosowania techniki IVF:

- kobieta jest bezpłodna, mąż zdolny do posiadania potomstwa, jajeczko pobiera się od innej kobiety, zapładnia się je nasieniem męża i umieszcza

w macicy kobiety bezpłodnej (**zapłodnienie *in vitro* metodą transferu gamet żeńskich**);

- niepłodny jest i mąż, i żona, jajo pochodzi od dawczyni, nasienie od dawcy, po zapłodnieniu embriion umieszcza się w macicy kobiety bezpłodnej (**zapłodnienie *in vitro* metodą transferu embriionu**);
- bezpłodna, lecz pragnąca mieć dziecko kobieta, nie może przechodzić ciąży i porodu, wtedy korzysta ona z łona innej kobiety – nie jest ważne, skąd pochodzi komórka jajowa ani nasienie, zapłodnienie odbywa się *in vitro*, implantacja u kobiety matki zastępczej (**macierzyństwo zastępcze**).

Obliczono, że kombinacje te, przy uwzględnieniu różnego rodzaju technik przenoszenia gamet i embriionów, dają 16 sposobów sztucznej prokreacji człowieka⁴.

Terminologia stosowana w oznaczaniu metod sztucznej prokreacji może być różna. Na przykład Jean Bernard⁵ wyróżnia 3 warianty zabiegu *in vitro*:

- cały proces zapłodnienia jest sztuczny – FIV (*fecundatio in vitro*),
- zapłodnienie jajowodowe (GIFT – *gametes into fallopian transfer*), pobiera się z organizmu komórki jajowe, miesza się je z nasieniem i implantuje do jajowodów,
- zapłodnienie dootrzewnowe (FIP – *fecundatio intra peritoneale*).

Inny badacz, Jacques Testart⁶, używa terminu FIVETE (*fecundatio in vitro et transferatio embriionis*). FIVETE to zapłodnienie *in vitro* i przeniesienie zarodka z próbówki do organizmu matki – obejmuje ono więc okres od przygotowania gamet, ich połączenia poza organizmem do chwili powstania zapłodnionej komórki jajowej i jej podziału.

Perspektywy

Prokreacja medycznie wspomagana (zwana często sztuczną – choć nie jest to dobra nazwa) ma na celu przede wszystkim przezwyciężenie niepłodności. Może jednak służyć i służyć innym celom niż terapeutyczne. Wśród najważniejszych możliwości zastosowań metod sztucznej prokreacji wymienia się:

⁴ Z. Szawarski: *Nowy, wspaniały...*, s. 52; R. Tokarczyk: *Prawa narodzin, życia i śmierci*. Kraków 1997, s. 33–35, gdzie prezentowane są tabele sposobów sztucznej prokreacji, ich opcji i możliwości.

⁵ J. Bernard: *Od biologii do etyki*. Warszawa 1994, s. 69.

⁶ J. Testart: *Przejrzysta komórka*. Warszawa 1990, s. 135 i n.

- możliwość testowania środków antykoncepcyjnych,
- rozwój badań nad przyczynami bezpłodności i spontanicznych poronień,
- badanie wpływu szkodliwych czynników na zygotę i embrion,
- badanie mechanizmów powstawania i przenoszenia wad genetycznych.

Istnieją jeszcze inne możliwości zastosowań – wszystkie budzą poważne kontrowersje. Niektórzy (np. Testart) traktują je jako odstępstwa od zasad sztucznej prokreacji ze względu na to, że są one pozbawione celu terapeutycznego, a ich uzasadnienia są innego rodzaju (np. inny model rodziny, warunki ekonomiczne, względy estetyczne). Część spośród wymienionych niżej możliwości może się wydawać fantazją, jednak jest prawdopodobne, że w niedalekiej przyszłości zostaną zrealizowane.

Możliwość zapłodnienia *post mortem*

Możliwe jest przechowywanie nasienia i zapładniania wdów zamrożoną spermą zmarłego męża. W 1984 r. we Francji 23-letnia kobieta uzyskała zgodę sądu na sztuczne zapłodnienie nasieniem zmarłego męża. Bank spermy odmawiał spełnienia żądania kobiety, powołując się na brak dyspozycji ze strony dawcy oraz na względy etyczne. Sąd jednak uznał, że prawo nie zabrania tego rodzaju praktyk, wobec tego jest to dozwolone. Poza tym potraktował próbkę ze spermą jako depozyt podlegający zwrotowi. Orzeczenie sądu wywołało rozbieżne opinie w kwestiach pokrewieństwa, dziedziczenia i praw dziecka urodzonego z zapłodnienia *post mortem*. W rezultacie we Francji zakazano inseminacji *post mortem*, natomiast inne kraje europejskie (Niemcy, Hiszpania, Szwecja) dopuszczają taką praktykę⁷.

Z tym problemem wiąże się kwestia utrzymywania banków życia – magazynu medycznego, w którym gromadzi się zamrożone nasienie, zygoty, embriony. Pojawia się także możliwość zastąpienia dawnych sposobów prokreacji metodą CVI (łac. *congelatio* – *vasectomia* – *inseminatio*; zamrożenie – podwiązanie nasieniowodów – unasiennienie) polegającą na sterylizacji dorosłych mężczyzn po uprzednim pobraniu od nich nasienia i zamrożeniu go. Gdyby pojawiło się pragnienie prokreacji, partnerka byłaby zapłodniona zamrożonym nasieniem. Zalety tej metody to zlikwidowanie antykoncepcji, możliwość planowania narodzin. Jednak istnienie oraz funkcjonowanie banków życia rodzi problemy nie tylko techniczne. Zasadniczym problemem staje się uczciwość dysponentów banków. Wiadomo, że zbyt długo przechowywane nasienie (dłużej niż sześć miesięcy) może utracić

⁷ R. Tokarczyk: *Prawa...*, s. 29; M. Nesterowicz: *Prawo medyczne...*, s. 127–128.

jakość biologiczną, jak również przyczynić się do powikłań genetycznych. Istnieje też niebezpieczeństwo nabycia spermy, zygoty o cechach innych niż oczekiwane. Na sprzedawcy i dawcy spermy ciąży obowiązek poinformowania nabywców o wszystkich znanych im cechach oferowanego towaru. W tej sprawie nie ma na razie jasności, bo normy moralne nie zostały jeszcze sprecyzowane, a często nie ustanowiono odpowiednich regulacji prawnych⁸.

Eugenika

Zapłodnienie *in vitro* zakłada działalność eugeniczną jako konieczny wymóg, dyktowany skutecznością zabiegu. Przed implantacją embrionu lekarz musi sprawdzić jego biologiczną jakość – wadliwe embriony są najczęściej usuwane przez organizm kobiety; jeśli to nie nastąpi, ciąża będzie patologiczna. Przeciwnicy metody *in vitro* uważają, że lekarz wkracza tu w kompetencje Boga lub natury i przyznaje sobie prawo do tworzenia życia ludzkiego oraz manipuluje tym życiem. Niezależnie od słuszności tych zarzutów istnieje problem, jak dalece interwencja eugeniczna może być posunięta – czy można stosować tzw. **eugenikę pozytywną** polegającą na modelowaniu człowieka (zmiany struktury genetycznej w celu ulepszania, produkcji ludzi o pożądanых cechach), czy powinna być dozwolona tylko **eugenika negatywna**, zapobiegawcza lub terapeutyczna (ingerencja w strukturę genetyczną ma na celu utrzymanie normy genetycznej gatunku ludzkiego i eliminowaniem mutacji). Eugenika negatywna obejmuje m.in.: rezygnację z potomstwa (u ludzi obciążonych genetycznie), selektywny abort w wypadku zagrożenia życia kobiety, sztuczne zapłodnienie nasieniem dawcy, gdy mąż jest nosicielem deformacji genetycznych, lub korzystanie z macierzyństwa zastępczego, gdy kobieta lub oboje partnerzy są nosicielami wad genetycznych.

Wbrew nazwie to właśnie eugenika pozytywna budzi więcej obaw i protestów. Krytycy eugeniki pozytywnej najczęściej przytaczają zastrzeżenia moralne, które można podzielić na dwie kategorie – wewnętrzne i zewnętrzne⁹. Zastrzeżenia wewnętrzne wyrażają opinie, że sam zamysł poprawiania Natury (tu głównie w sensie modelowania, projektowania wyposażenia genetycznego człowieka) jest zły i świadczy o braku szacunku dla takich war-

⁸ R. Tokarczyk: *Prawa...*, s. 32.

⁹ M.J. Reiss, R. Straughan: *Poprawianie natury. Inżynieria genetyczna – nauka i etyka*. Warszawa 1997, s. 55–72, 203–218.

tości, jak życie ludzkie, jego godność, wolność, równość i niepowtarzalność. Zastrzeżenia zewnętrzne dotyczą możliwych niekorzystnych konsekwencji podjętych działań – zwykle zwraca się uwagę na duże ryzyko błędów lub nadużyć oraz groźbę wywołania katastrofy na skalę światową (naruszenie równowagi biologicznej, wywołanie epidemii czy przekształcenie gatunku ludzkiego w projektowany produkt odpowiadający życzeniom szalonych ideologów). Argumenty wewnętrzne zawsze są silniejsze od zewnętrznych – jeśli uznamy, że eugenika pozytywna jest zła sama w sobie, to żadne argumenty nie mogą zmienić tej kwalifikacji. Z kolei argumenty zewnętrzne są wątpliwe, bo nie można mieć pewności, że przebieg przyszłych zdarzeń będzie właśnie taki, jak nam się wydaje.

Istnieje jeszcze jedna wątpliwość – dotyczy ona granicy między eugeniką negatywną i pozytywną. Czy można ją wyraźnie określić? Jak zwracają uwagę P. Singer i D. Wells¹⁰, usuwanie wad rozwojowych nie występujących u normalnych przedstawicieli gatunku ludzkiego jest zaliczane do inżynierii genetycznej terapeutycznej (eugenika negatywna), natomiast tworzenie jednostek o cechach bardziej pożądanym niż te, które przekazuje się przy normalnym rozmnażaniu, jest uznawane za inżynierię genetyczną eugeniczną (eugenikę pozytywną). Nie zawsze jest jasne, co zaliczyć do wad genetycznych. Niedokrwistość sierpowata bez wątpienia jest wadą genetyczną. Nie wiadomo jednak, czy cechy dziedziczne, które zwiększają prawdopodobieństwo choroby serca, zaliczyć do wad genetycznych. Wciąż wykrywa się kolejne „znaczniki genetyczne” wskazujące na predyspozycje chorobowe. Gdyby kiedyś możliwe było wyeliminowanie predyspozycji chorobowych, gdyby wykryto i zneutralizowano przyczyny starzenia się, czy byłoby to zastosowanie terapeutyczne, czy eugeniczne? – pytają autorzy. Każde eliminowanie usterek, błędów natury, odchyłeń od normy jest jednocześnie jej poprawianiem. „Aprobata dla inżynierii genetycznej zależy nie od tego, czy mieści się ona w kategoriach »terapii« czy »eugeniki«, lecz od celów, jakim ona w danym przypadku ma służyć. Gdy celem jest coś, co niewątpliwie poprawia kondycję ludzką, bezpieczna i skuteczna inżynieria genetyczna będzie z pewnością czymś dobrym.”¹¹ Singer i Wells przestrzegają przed formułowaniem pochopnych wniosków dotyczących zastosowań inżynierii genetycznej. Zalecają ostrożność w postępowaniu, wypracowanie zestawu celów, jakim mogłaby służyć inżynieria genetyczna z uwzględnieniem przewidywanych kosztów, korzyści i ewentualnych zagrożeń. Może się bowiem okazać, że dany typ konstytucji genetycznej wiąże się z większym prawdopodobieństwem ataku serca, lecz jednocześnie warunkuje ponadprze-

¹⁰ P. Singer, D. Wells: *Dzieci z probówki. Etyka i praktyka sztucznej prokreacji*. Warszawa 1988, s. 195 i n.

¹¹ Ibidem, s. 197.

ciętną inicjatywę oraz ambicje jednostki. Czy byłoby słuszne mnożenie ludzi o wysokim ilorazie inteligencji kosztem zwiększenia wystąpienia u nich chorób serca? Być może po wyeliminowaniu u ludzi ponadprzeciętnych skłonności do chorób okazałoby się, że niechcący wyeliminowaliśmy także te cechy, które występują u wielu wybitnych ludzi. Dzięki inżynierii genetycznej prokreacja i wpływ na konstytucję genetyczną potomstwa będą, być może, mniej ryzykowną grą przypadku. Jednak dzisiaj nie potrafimy przewidzieć, na ile nadzieje na zmniejszenie ryzyka skutków przypadkowych są realne. Pojawia się także pytanie: Kto ma ustalać, jakie cechy uznać za pożądane? Możliwe są tu zasadniczo dwie koncepcje: liberalistyczna i centralistyczna. Liberalistyczne podejście daje zbyt szeroki zakres władzy jednostkom. Mogłyby one użyć władzy w sposób nieodpowiedzialny, np. ktoś mógłby wpaść na absurdalny pomysł wykorzystania inżynierii genetycznej do wyhodowania zespołu piłki nożnej. Koncepcja centralistyczna oddająca decyzję władzy państwowej zanadto przypomina wizję „nowego, wspaniałego świata” (władza określałaby, jakiego społeczeństwa pragnie). Autorzy opowiadają się za modelem mieszanym. „Proponujemy więc, aby wyposażenie genetyczne dzieci pozostawić w gestii tych samych osób, w których gestii zawsze dotąd było, mianowicie rodziców. Rodzice zamierzający wyzyskać możliwości inżynierii genetycznej w celu zapewnienia dzieciom cech dotychczas nie usankcjonowanych przez społeczeństwo, reprezentowane przez wybrany przez siebie rząd, musieliby prosić o zezwolenie. Społeczeństwo ma prawo znać zamiary takich nieodpowiedzialnych rodziców, ma też prawo zamiary takie odrzucić.”¹²

Singer i Wells nie uwzględnili tego, że w warunkach dzisiejszej cywilizacji jednostki mają duże możliwości realizacji swoich ambicji rodzicielskich i na dobrą sprawę nikogo nie muszą prosić o zgodę na spełnienie swojego projektu na dziecko.

Przykładem może być para kobiet żyjących w związku homoseksualnym, które postanowiły mieć dziecko spełniające ich oczekiwania. Obie są niesłyszące. Postanowiły mieć dziecko, które będzie w ich mniemaniu doskonałe. Dołożyły starań, by dziecko było głuche. Jedna z kobiet, Sharon, poddała się sztucznej zapłodnieniu spermą niesłyszącego mężczyzny, przyjaciela rodziny. Chłopczyk urodził się głuchy, co potwierdziły odpowiednie testy. Obie panie są szczęśliwe, że udało im się osiągnąć zamierzony cel¹³. Cała sprawa wywołała w USA lawinę komentarzy dotyczących granic praw rodzicielskich, kwestii odpowiedzialności rodzicielskiej i udziału rodziców w genetycznym projektowaniu dzieci.

¹² Ibidem, s. 200.

¹³ „Gazeta Wyborcza” z 24.04.2002, 14.05.2002.

Ektogeneza

„Przewiduje się, że mniej więcej za dwadzieścia lat zostanie w pełni opanowana technika ektogenezy, czyli pełnego rozwoju zarodka ludzkiego poza organizmem kobiety przez pierwsze 9 miesięcy od momentu poczęcia” – pisał w 1988 r. Z. Szawarski¹⁴. Ektogeneza będzie laboratoryjnym odpowiednikiem ciąży. Na razie nie prowadzi się takich prób na ludziach. Były dwa doniesienia o próbach utrzymania przy życiu embrionów poza organizmem kobiety. Prof. Pettrucci rzekomo przez 49 dni od zapłodnienia utrzymywał przy życiu ludzkie embriony, w byłym Związku Radzieckim jeden z uzyskanych metodą IVF embrionów żył 6 miesięcy i osiągnął wagę 510 g.

Technika ektogenezy być może zostanie kiedyś opanowana z konieczności i jednocześnie przez przypadek – jeśli będą zdarzały się przypadki śmierci kobiet ciężarnych, a lekarze będą dysponowali odpowiednią aparaturą do intensywnej terapii noworodków – przewiduje Szawarski – nie jest wykluczone, że lekarze uczynią wszystko, by utrzymać przy życiu poza organizmem matki płód znajdujący się w 20. czy 19. tygodniu życia płodowego. Granica, którą przyjmuje się w kryterium zdolności do samoistnego istnienia, przesuwa się w stronę zapłodnienia. W 1973 r. w procesie *Roe v. Wade* amerykański Sąd Najwyższy uznał, że płód zaczyna być zdolny do samoistnego istnienia około 7 miesiąca (28 tygodni) od poczęcia. Obecnie uznaje się, że płód jest zdolny do samoistnego istnienia już od 24. tygodnia, a Światowa Organizacja Zdrowia zmierza do tego, by uznać 22. tydzień za kryterium odróżniające spontaniczne poronienie od przedwczesnego porodu.

Faktem jest, iż coraz częściej udaje się uratować przedwcześnie urodzone noworodki z niską wagą, nawet poniżej 500 g., i że dzieci te nie wykazują odchyłeń od normy¹⁵. Z drugiej strony badacze dokonujący zapłodnienia *in vitro* mogą dążyć do wydłużenia czasu utrzymania przy życiu zarodka ludzkiego poza organizmem kobiety. Wprawdzie w większości krajów przyjmuje się jako dozwolony czas utrzymywania embrionów *in vitro* 14 dni¹⁶, ale istniejące unormowania prawne nie są przestrzegane przez wszystkich, a nie jest wykluczone, że kiedyś termin ten może zostać wydłużony.

Jeśli ektogeneza byłaby możliwa, mogłaby mieć różne konsekwencje medyczne, społeczne, moralne¹⁷ – zarówno korzystne, jak i groźne w skutkach.

Za ektogenezą przemawiają względy medyczne, możliwość wyeliminowania praktyki przerywania ciąży, równouprawnienie kobiet, lepsze przystosowanie dzieci, możliwość hodowli tkanek i narządów do transplantacji.

¹⁴ Z. Szawarski: *Nowy, wspomniały...*, s. 53.

¹⁵ Por. P. Singer, D. Wells: *Dzieci z probówki...*, s. 144–145.

¹⁶ M. Nesterowicz: *Prawo medyczne...*, s. 137–139.

¹⁷ Zwracają na nie uwagę P. Singer, D. Wells: *Dzieci z probówki...*, s. 145–161.

Dla kobiet nie mogących zająć w ciążę lub jej przejść (brak macicy, zagrożenie zdrowia) ektogeneza byłaby alternatywą dla macierzyństwa zastępczego. Kobieta bezpłodna mogłaby mieć dziecko bez konieczności korzystania z usług matki zastępczej. Uniknęłoby się niebezpieczeństwa, że matka zastępcza może nie dbać o odpowiedni tryb życia w czasie ciąży (alkohol, papierosy, narkotyki), lub sytuacji, gdy nie chce wywiązać się z umowy i oddać dziecka po urodzeniu. Poza tym w miarę komercjalizacji macierzyństwa zastępczego może się okazać, że wynajęcie matki zastępczej jest droższe od ektogenezy.

Zarówno przeciwnicy, jak i zwolennicy legalizacji przerywania ciąży powinni zaakceptować ektogenezę jako sposób na wyeliminowanie kontrowersyjnej praktyki przerywania ciąży. Organizacje pronatalistyczne, broniące prawa do życia dla nienarodzonych powinny poprzeć koncepcję przedłużania inkubacji płodu niezależnie od tego, czy poronienie nastąpiło naturalnie, czy sztucznie. Gdyby można było utrzymać płód przy życiu poza ciałem matki, aborcję można by przeprowadzać tak, by nie uszkodzić płodu i po odpowiednim okresie jego rozwoju przekazać go do adopcji (sztuczne poronienie stałoby się formą przedwczesnego porodu). Nawet feministki mogłyby zaakceptować ektogenezę – kobieta zostałaby wyzwolona z niewoli biologicznej, każda kobieta, która nie chce urodzić dziecka, mogłaby oddać zarodek do laboratorium, gdzie specjaliści zajęliby się jego rozwojem i przekazaniem do adopcji. Dla współczesnych feministek prawo kobiety do dysponowania własnym ciałem oraz prawo płodu do życia są ze sobą w ostrym konflikcie. Gdy technika ektogenezy zostanie opanowana, te dwa prawa nie będą już konfliktowe – przerwanie ciąży (a właściwie przeniesienie) nie będzie musiało być związane ze śmiercią płodu. Trudno byłoby uzasadnić, że kobieta ma prawo zdecydować, by embrion unicestwić. „Obecnie nie zezwala się matce zabijać nowo urodzonego dziecka, którego nie chce zatrzymać przy sobie ani też oddać w adopcję. Zakładając, że nie zmienimy poglądu na tę sprawę, podobnie nie należałoby przyznawać takiego prawa kobiecie noszącej płód, skoro jej życzenie pozbycia się płodu można spełnić bez jego zabijania.”¹⁸ Ektogeneza, choć może wydać się to paradoksalne, mogłaby stworzyć warunki do pogodzenia się rzeczników prawa kobiety do dysponowania własnym ciałem z rzecznikami prawa płodu do życia.

Niektóre feministki uważają¹⁹, że przyczyną nierównej pozycji kobiety jest nierówność biologiczna płci – kobieta jest bardziej obciążona w prokre-

¹⁸ Ibidem, s. 148.

¹⁹ Chodzi tu głównie o nurt feminizmu radykalnego i poglądy Shulamith Firestone prezentowane w jej książce *The Dialectic of Sex. The Case for Feminist Revolution*. London 1971. Książkę tę omawiają, przy okazji rozpatrywania argumentów za ektogenezą, Singer i Wells. Zob. także K. Ślęczka: *Feminizm. Ideologie i koncepcje społeczne współczesnego feminizmu*. Katowice 1999.

acji (ciąża, poród, karmienie i opieka nad dzieckiem), co ogranicza jej samodzielność, możliwości rozwoju oraz uzależnia od partnera. Ektogeneza przyczyniłaby się do równouprawnienia kobiet, a w każdym razie umożliwiłaby kobietom uwolnienie się od tyranii biologii rozrodu. Ten pogląd, jak sądzą Singer i Wells, łatwo podważyć – skoro to biologia rozrodu jest przyczyną nierówności płci, to obalenie jej na drodze ektogenezy (bez dokonania zmian w systemie opieki i wychowania dzieci) wydaje się mało prawdopodobne. Kolejny argument feministek głoszący, że ektogeneza wyzwoliłaby także dzieci z objęć przesadnej troskliwości matek, również budzi wątpliwości. Wprawdzie kobieta w ciągu 9 miesięcy ciąży może umocnić się w przekonaniu, że dziecko należy do niej i dla niego znosi te wszystkie niedogodności po to, by w przyszłości spłacić dług wdzięczności. Nie wiadomo jednak, czy dzieci ektogenetyczne będą miały zdrowszy związek uczuciowy z matkami niż dzieci urodzone normalnie (nie możemy tego zweryfikować dopóty, dopóki nie urodzą się dzieci na drodze ektogenezy i nie minie kilkanaście lat, by móc stwierdzić, jaki jest stan ich życia umysłowego i uczuciowego). Jednym słowem, czy ektogeneza rozerwałaby taki niezdrowy związek między matką i dzieckiem – nie możemy w tej chwili ustalić.

Rozwój transplantologii wymusza poszukiwanie nowych źródeł pozyskania tkanek i narządów. Brzmi to makabrycznie, ale hodowla embrionów w tym celu zlikwidowałaby deficyt materiału transplantacyjnego oraz, co więcej, dawałaby możliwość „obróbki” genetycznej embrionów tak, by organizm biorcy nie odrzucał przeszczepu. U jednych taka możliwość wywołuje zachwyt, u drugich budzi odrazę. Ektogeneza taka, jak sądzą Singer i Wells, byłaby ektogenezą częściową – embrionu nie doprowadzono by do fazy zdolności do samoistnego istnienia. Obaj są zwolennikami neurologicznego kryterium człowieczeństwa. Uważają, że przyjmowana przez świat lekarski śmierć mózgu powinna uzasadnić hodowlę embrionów do transplantacji i do doświadczeń naukowych do czasu, gdy nie zacznie funkcjonować mózg embrionu. Nie zmienia to jednak tego, że embrion byłby hodowany tylko po to, by dostarczyć części zamiennych dla innych ludzi, a jego życie byłoby traktowane instrumentalnie.

Wśród zastrzeżeń wobec ektogenezy najczęściej umieszcza się: zagrożenie zdrowia dziecka ektogenetycznego, naruszenie więzi emocjonalnej między matką a dzieckiem, nienaturalność, produkcję masową ludzi z powodów ideologicznych, pogwałcenie praw człowieka.

Nie mamy pewności, czy dziecko rozwijające się poza organizmem kobiety będzie normalne. Może brak kontaktu z organizmem matki spowoduje jakieś trwałe upośledzenie fizyczne lub emocjonalne? Każda próba ektogenezy będzie z konieczności ryzykownym eksperymentem na życiu ludzkim.

Ludzie o nastawieniu tradycyjnym do prokreacji utrzymują, że przebycie ciąży ze wszystkimi jej niedogodnościami jest warunkiem miłości macierzyńskiej, spełnienia się kobiety i związku uczuciowego między matką a dzieckiem.

Kto uzna zapłodnienie zewnętrzne za nienaturalne, ten tym bardziej potępi ektogenezę jako nienaturalny sposób prokreacji.

Ektogeneza na pewno nie będzie się odbywała w prostym urządzeniu. Wyposażenie techniczne umożliwi produkcję ludzi na masową skalę, tym samym możliwe będzie zrealizowanie wizji „nowego wspaniałego świata”.

Każdy, kto uznaje embrion za człowieka, potraktuje pomysł hodowli embrionów na części zamienne jako naruszenie praw ludzkich: prawa do życia, prawa do rozwoju, prawa do wolności (embrion byłby traktowany jak niewolnik).

Dokonany przegląd argumentów przemawiających za i przeciw technice ektogenezy skłania do następującego wniosku: wszystkie są nieweryfikowalne, niektóre mają wręcz charakter fantastycznych przepowiedni z gatunku *science fiction* (jak ten o produkcji ludzi wyposażonych w selektywne cechy czy ten o masowej produkcji ludzi z przyczyn ideologicznych). Nie należy ich jednak lekceważyć. Przepowiednie mieszczące się w horrorze ideologicznym są o tyle godne uwagi, że straszą wizją świata stechniczowanego, zaplanowanego, jednocześnie nieludzkiego, okrutnego (pozbawionego wrażliwości na takie wartości, jak życie, godność), w którym nie chcielibyśmy żyć. Na razie nie dysponujemy odpowiednimi danymi doświadczalnymi, by jednoznacznie orzec, że ektogeneza będzie bezpieczna i nie doprowadzi do tragicznych następstw – danych z doświadczeń prowadzonych na zwierzętach nie da się odnieść do gatunku ludzkiego. Wobec tego można przyjąć, że doświadczenia nad ektogenezą pozostaną nieuzasadnione etycznie – zawsze będą zbyt ryzykownym eksperymentem na człowieku. Czy jest wyjście z tego błędnego koła? Zdaniem Singera i Wellsa istnieje taka możliwość. Ratując życie coraz wcześniej urodzonych dzieci, kiedyś dojdziemy do tego, że embrion powstały z zastosowaniem zapłodnienia *in vitro* będzie utrzymany przy życiu poza organizmem kobiety. Proces ten musi być jednak powolny i powodowany głównie względami medycznymi (chęć ratowania życia), a nie tylko naukowo-badawczymi. Jednocześnie należałoby obserwować rozwój dzieci przedwcześnie urodzonych i ustalić przyczyny odchyłeń od normy. Tylko taki sposób postępowania będzie wolny od zastrzeżeń etycznych, ale musi to potrwać wiele lat. Swoją ostrożny stosunek do ektogenezy i kwestii ratowania wcześniaków Singer i Wells uzasadniają dwojako: przez przyjęcie kryterium neurologicznego oraz negację poglądu o świętości każdego życia ludzkiego. Skoro brak funkcjonowania mózgu w ciele człowieka wystarcza, by pobierać narządy do transplantacji, z tego samego powodu – sądzą – wolno używać embriony do doświadczeń zanim nie rozwinie się mózg i embrion nie zacznie odczuwać bólu. Z tego też powodu są

przeciwni koncepcji hodowania embrionu poza okres, kiedy pojawia się zdolność do odbioru wrażeń. W imię troski o jakość życia dzieci nie należy za wszelką cenę ratować wcześniaka 400-gramowego, gdyby okazało się, że prowadzi to do poważnego upośledzenia. Przyjęcie poglądu o świętości życia i przestrzeganie prawa do życia każdej istoty ludzkiej – wskazują – paradoksalnie przyspieszyłoby opracowanie techniki ektogenezy.

Przepowiednie o rychłym opanowaniu techniki ektogenezy są chyba przesadzone. Robert Winston uważa za nieprawdopodobne, by w najbliższej przyszłości udało się stworzyć choćby niedokładną kopię łożyska. „Można więc ze spokojem założyć, że tymczasem kobiety będą rodzić dzieci w wypróbowany, tradycyjny sposób.”²⁰

Zapłodnienie gamety żeńskiej gametą żeńską

To rozwiązanie idealne dla par lesbijskich, które chciałyby mieć wspólne dziecko. Dziecko mogłoby mieć dwie matki – powstałoby z materiału genetycznego obu kobiet (połączenia dwóch komórek jajowych). Komórki jajowe pobrane od obu kobiet należałoby połączyć *in vitro*, a zarodek implantować do macicy jednej z partnerek. Gdyby otrzymano kilka zarodków (np. przez podział zarodka), obie kobiety mogłyby jednocześnie przebyć ciążę. Problemem jest zainicjowanie rozwoju bez udziału plemnika. Taki eksperyment przeprowadził w 1977 r. u myszy P. Soupart. „W obecności inaktywowanego wirusa uzyskano połączenie się dwóch komórek jajowych po usunięciu z nich otoczek przejrzystych. Zapłodniona komórka rozwijała się w hodowli *in vitro* przez kilka dni. Trudności napotkano przy ponownym umieszczeniu zarodka wewnątrz osłonki przed przeniesieniem go do macicy. Postęp w zakresie technik mikromanipulacji na komórkach jajowych ssaków pozwolił pokonać tę trudność. Jednak mimo kolejnych prób podejmowanych przez inne zespoły nie doprowadzono jeszcze, stosując tę metodę, do narodzin potomstwa z takich komórek.”²¹ Być może zapłodniona komórka jajowa musi zawierać dwa jądra: męskie i żeńskie. A może, dodaje J. Testart, prawo natury niweczy nasze perwersyjne zamiary.

Na razie pary lesbijek mogą korzystać z transferu zarodka. Komórka jajowa jednej z kobiet zostaje zapłodniona *in vitro* nasieniem anonimowego dawcy, zarodek implantuje się w macicy drugiej z kobiet. W ten sposób jedna z kobiet jest matką biologiczną, a druga matką fizjologiczną.

²⁰ R. Winston: *Manipulacje genetyczne*. Warszawa 1998, s. 56.

²¹ J. Testart: *Przejrzysta komórka...*, s. 111.

Autoprokreacja kobieca

Niewykluczone, że sztuczna prokreacja umożliwi kiedyś, by kobieta miała dziecko (córkę) będącą jej kopią genetyczną. Anonimowy plemnik odegrałby tylko rolę aktywatora, a jego jądro byłoby usuwane zaraz po zapłodnieniu. Diploidalna liczba chromosomów zostałaby przywrócona przez czasowe wstrzymanie pierwszego podziału zapłodnionej komórki przez działanie na nią substancją chemiczną. Doświadczenia przeprowadzano na myszach, rzekomo ze skutkiem pozytywnym.

Transfer gamet i zarodków

Dzięki transferowi gamet (darowanych lub sprzedanych) lub zarodków może się zdarzyć, że kobieta rodząca dziecko jest jego naturalną babką lub siostrą. Pierwszy taki przypadek, jak podaje Maciej Iłowiecki²², zdarzył się w 1987 r. Pat Anthony z RPA implantowano zarodki powstałe z komórek jajowych jej córki zapłodnionych *in vitro* nasieniem męża córki. Pani Anthony urodziła trojaczki wielojajowe, dwóch chłopców i dziewczynkę. Córka tej pani zanim stała się niepłodna, miała syna, który teraz zyskał siostrę oraz braci, a zarazem ciotkę i wujów. Trojaczki mają w kobiecie, która je urodziła, babkę (biologiczną) i matkę (fizjologiczną). W 1988 r. we Włoszech pewna kobieta urodziła dziecko swej matki (jest jednocześnie jego biologiczną siostrą). Nie są to jedyne możliwości kombinacyjne – może ich być więcej. W dzisiejszych czasach dziecko może mieć pięcioro rodziców: dwoje genetycznych (dostarczycieli gamet), matkę zastępczą (przechodzi ciążę) i dwoje społecznych, którzy je adoptują, bo np. rodzice biologiczni nie chcieli go przyjąć.

Jeszcze jeden przykład pokazuje, jak transfer zarodków może być przeprowadzony z obejściem istniejących przepisów. Ujawnia także to, że ludzie gotowi są zrobić wszystko (łącznie z kazirodztwem), byleby uzyskać upragnione potomstwo. Pewna 62-letnia Francuzka o imieniu Jeanine urodziła chłopca, którego biologicznym ojcem jest jej 52-letni brat. Jeanine zrobiła to, by nie dopuścić do wygaśnięcia rodu. Kupiła kilka komórek jajowych od młodszej kobiety, zapłodniono je następnie *in vitro* nasieniem brata, uzyskane zarodki implantowano dawczyni jaj oraz Jeanine. Obie kobiety pomyślnie przeszły ciążę i urodziły dzieci: Jeanine chłopca, a dawczyni komórek jajowych córkę. Jeanine obeszła wszystkie przepisy – we Francji

²² Ibidem, przedmowa do wydania polskiego, s. 13.

była na zabieg za stara, więc wyjechała do USA, w klinice ukryła, że noszący to samo nazwisko ojciec jest jej bratem, a nie mężem²³. Podobnych kombinacji może być wiele, łącznie z tym, że dziecko może się urodzić wiele lat po śmierci swych rodziców.

Ciąża u mężczyzny

Testart przyznaje, że jest to możliwe, wykonalne. Przeniesienie do organizmu mężczyzny ludzkiego zarodka nie stanowiłoby trudności technicznej. Mężczyzna mógłby przejść ciążę. Wskazują na to dane z fizjologii: zarodek może rozwijać się poza macicą w jamie brzusznej (przypadki ciąży brzusznej), pomimo braku jajników może być utrzymany odpowiedni poziom hormonów dzięki wstrzykiwaniu odpowiednich substancji – w Australii kobieta pozbawiona jajników donosiła dziecko z zapłodnienia *in vitro* komórki jajowej innej kobiety. Poród u mężczyzny musiałby się odbyć przez interwencję chirurgiczną. Z medycznego punktu widzenia ciąża u mężczyzny (podobnie jak ciąża pozamaciczna u kobiety) stanowi śmiertelne zagrożenie. Eksperymenty takie są wykonywane na małpach. Jaka okolica ciała mężczyzny byłaby odpowiednia? – być może moszna, bo daje się rozciągnąć i jest położona daleko od brzucha. Ciężarny mężczyzna byłby zdolny do karmienia piersią, bo ciąża pobudziłaby u niego rozwój szczątkowych gruczołów sutkowych. Sama taka perspektywa zamiany ról w prokreacji jest szokująca. Kiedy ogłoszono, że takie eksperymenty są możliwe do przeprowadzenia na człowieku, zgłosiło się kilka tysięcy mężczyzn gotowych do zajścia w ciążę²⁴.

Zarodek człowieka w macicy zwierzęcia

Jak sądzi Testart, jest to „jeszcze jeden głupi pomysł, ale z tych, które mogą być wcielone w życie”. Edwards i Steptoe jako pierwsi opracowali projekt eksperymentu polegającego na przeniesieniu ludzkiego zarodka do macicy świni i obserwowaniu jego rozwoju (w imię postępu medycyny). Antropolog prof. Brunetto Chiarelli przedstawił projekt „małpocząłowiek” polegający na wyhodowaniu istoty powstałej z zapłodnienia szympansy

²³ „Gazeta Wyborcza” z 22.06.2001.

²⁴ J. Testart: *Przejrzysta komórka...*, s. 14, 114–116.

ludzkim plemnikiem. Na razie do tego eksperymentu nie doszło, ale możliwość taka istnieje, skoro udało się już przeszczepić zarodek jednego gatunku do macicy zwierzęcia innego gatunku – owca urodziła koziołka (1984 r.) Aby zarodek implantował się w macicy, trzeba zastąpić jego wierzchnią warstwę (trofoblast, z którego powstaje łożysko) warstwą pobraną z zarodka tego samego gatunku zwierzęcia, które ma być „matką zastępczą”. Należy wprowadzić komórki wężła zarodkowego do obcego trofoblastu, co jest zabiegiem stosunkowo prostym. Daje się to przeprowadzić u pokrewnych gatunków (samice konia urodziły osły i zebry (1984 i 1985 r.).

Można zapytać, co wolelibyśmy – by kobieta urodziła orangutana, czy by samica orangutana urodziła ludzkie niemowlę? A właściwie – po co to robić? Odpowiedź wydaje się prosta: dla zaspokojenia ciekawości poznawczej, dla sławy. Mamy jednak prawo pytać, czy w danym wypadku względy moralne dopuszczają możliwość zaspokojenia takich potrzeb.

*

Nie są to wszystkie pomysły zastosowań techniki *in vitro*, jakie ludziom mogą przyjść do głowy. Niektóre z nich wydają się dziwne, nierozsądne lub zgoła niesmaczne i obłędne. Czy to wystarczy, by potępić metody prokreacji wspomaganej medycznie? Jacques Testart, „ojciec” Amandynki (ur. 1981 r.), pierwszego francuskiego dziecka z probówki, wycofał się z działalności pomimo sukcesów osiąganych w tej dziedzinie. Uznał, że proces rozwoju cywilizacji wiedzie w złym kierunku – do wynaturzenia ludzkości, a nowe metody prokreacji są niemoralne i niesprawiedliwe wobec reszty (biednych, głodnych, pozbawionych środków do życia) mieszkańców globu.

Pora przyrzeć się argumentom zwolenników oraz przeciwników prokreacji medycznie wspomaganej.

Argumenty w sporze o prokreację medycznie wspomaganą

Ludzie, którzy bardzo pragną mieć dzieci, cierpią, gdy ich pragnienie nie może być zrealizowane²⁵. Szukają wtedy pomocy u lekarza. Zadaniem le-

²⁵ W Polsce, jak się szacuje, jest ponad milion par dotkniętych problemem bezpłodności. Chociaż Światowa Organizacja Zdrowia zalicza niepłodność do chorób, często zapłodnienie

karza jest nie tylko ratowanie życia i zdrowia, ale także łagodzenie cierpień. Jeśli źródłem cierpienia jest bezpłodność, to lekarz powinien zastosować dostępne mu osiągnięcia medycyny, by umożliwić ludziom posiadanie potomstwa. Rozumowanie takie, wskazuje Szawarski²⁶, opiera się na trzech przeświadczeniach:

- Każdy człowiek ma prawo do posiadania potomstwa.
- Bepłodność jest chorobą.
- Bepłodność powinna być leczona.

Prawo do posiadania potomstwa

Nie jest pewne, czy przyznać ludziom prawo do posiadania potomstwa. Samo pragnienie nie jest tożsame z prawem do jego zaspokojenia. Jeśli zaś mamy do czegoś prawo, to znaczy, że słusznie nam się to należy. Czy należy nam się dziecko? Kogo oznacza zaimek „my”? Kto ma prawo do posiadania potomstwa: każdy dorosły człowiek, także osoby samotne, obciążone wadami genetycznymi, osoby o innej orientacji seksualnej, osoby żyjące w wolnych związkach czy tylko te żyjące w legalnych związkach małżeńskich?

Zgodnie z deontologią lekarską lekarz ma obowiązek udzielić pomocy wszystkim potrzebującym – nie wolno mu kierować się takimi względami, jak: narodowość, rasa, płeć, przekonania polityczne czy orientacja seksualna. Może wobec tego ograniczenie zakresu stosowania metody *in vitro* do jednej kategorii osób (np. tylko do par bezpłodnych żyjących w legalnym związku małżeńskim) byłoby nieuzasadnioną dyskryminacją innych ludzi potrzebujących pomocy? Skoro nie odmawia się pomocy lekarskiej osobom żyjącym w konkubinacie, dlaczego mamy odmawiać im dostępu do prokreacji medycznie wspomaganiej? W żadnym z cywilizowanych społeczeństw nie formułuje się zakazu prokreacji w stosunku do osób zdrowych pozostających w wolnych związkach. Z jakich powodów mielibyśmy kontrolować reprodukcję par bezpłodnych żyjących w związkach nieformalnych? Można pójść dalej i zapytać: skoro ludzi nie mających kłopotów z tradycyjnym sposobem prokreacji nikt nie kontroluje (mogą się rozmnażać do woli, w sposób nieodpowiedzialny i niezależnie od tego, w jakim związku żyją), to dlaczego ludzi bezpłodnych (albo płodnych ale obciążonych wadami ge-

pozaustrojowe jest traktowane jak operacja plastyczna i nie jest objęte ubezpieczeniem zdrowotnym. Por. „Polityka” 2002, nr 23, s. 74–76.

²⁶ Z. Szawarski: *Nowy, wspomniały...*, s. 56.

netycznymi) mamy traktować inaczej? Skoro wszyscy mają prawo do świadczeń lekarskich, to wszystkim należałoby przyznać prawo do korzystania z pomocy medycyny w sferze prokreacji, niezależnie od przynależności klasowej, przekonań religijnych, stylu życia... Na ten aspekt zwraca uwagę Ewa Klimowicz²⁷. Uważa bowiem, że jeśli laboratoryjna metoda prokreacji jest terapią, to powinno się zezwolić, by korzystały z niej także te kobiety bezpłodne, które nie chcą wiązać się z żadnym mężczyzną. Skoro nie stawiamy ograniczeń w prokreacji przed płodnymi kobietami żyjącymi samotnie, to nieuzasadnione jest wykluczenie samotnych kobiet bezpłodnych z możliwości korzystania z dobrodziejstw medycyny. Autorka nie zgadza się jednak na to, by dopuścić do laboratoryjnych metod prokreacji wszystkich ludzi, np. par żyjących w związkach homoseksualnych. Taka propozycja, uważa Klimowicz, zmienia zasadniczo treść pojęcia „bezpłodność” – przedstawia ono wiązać się z biologicznymi defektami organizmu partnerów, wynika raczej z nietrafnego doboru seksualnego, a to trudno uznać za chorobę w medycznym znaczeniu tego słowa. Zresztą w takich związkach istnieją inne możliwości likwidowania tak pojętej bezpłodności, sztuczna prokreacja nie wydaje się tu konieczna.

Podobnie do kwestii selekcji pacjentów korzystających z metod sztucznej prokreacji podchodzą P. Singer i D. Wells. Sądzą oni, że zapłodnienie zewnętrzne jest przypadkiem analogicznym do innych świadczeń medycznych udzielanych wszystkim potrzebującym. O tym, kto ma prawo skorzystać z tych świadczeń, decydują takie czynniki, jak siła pragnienia dziecka oraz zapewnienie dziecku odpowiednich warunków domowych. Przecież, uważają, poddanie się serii badań medycznych już świadczy o tym, że ludzie mają silną potrzebę posiadania potomstwa i nie czynią tego dla przyjemności. Nic też nie świadczy o tym, że tylko osoby pozostające w legalnych związkach małżeńskich dają gwarancje na stworzenie dziecku odpowiednich warunków domowych. Singer i Wells przyznaliby prawo do posiadania potomstwa wszystkim ludziom spełniającym te dwa warunki (także kobietom samotnym, ludziom żyjącym w nieformalnych czy nietypowych związkach). Jednocześnie przyznają, że poglądy ludzi korzystających z zapłodnienia zewnętrznego (pary małżeńskie) są odmienne – większość jest za stosowaniem tych metod prokreacji w legalnych małżeństwach oraz w niepłodnych parach żyjących w nieformalnym, ale trwałym związku²⁸.

Zwolennicy *in vitro* przyznają prawo do posiadania potomstwa niemal wszystkim ludziom (warunek – by pragnienie potomstwa było mocne, niezłomne i by zapewnić dziecku odpowiednie warunki życia), przeciwnicy odmawiają

²⁷ E. Klimowicz: *Problemy moralne laboratoryjnych metod prokreacji*. „Człowiek i Światopogląd” 1988, nr 5, s. 45–47.

²⁸ P. Singer, D. Wells: *Dzieci z probówki...*, s. 81–83.

takiego prawa. Przykładem jest stanowisko Kościoła katolickiego. Jest to instytucja nastawiona prokreacyjnie, jednak odmawia małżonkom prawa do posiadania potomstwa. W 1987 r. Kongregacja Nauki Wiary wydała *Instrukcję o szacunku dla rodzącego się życia ludzkiego i godności jego przekazywania*, w której przyznaje się małżonkom jedynie prawo do stosunków seksualnych prowadzących do prokreacji. Małżonkowie mają prawo wychowywać dzieci, mają prawo do podejmowania stosunków seksualnych, ale nie mają prawa do rezultatów tych stosunków. Ze zrozumieniem podchodzi się do cierpień ludzi, którzy nie mogą mieć dzieci, ale stanowczo stwierdza się: „[...] małżeństwo nie daje małżonkom prawa do posiadania dziecka, lecz tylko prawo do podejmowania aktów naturalnych, które same przez się służą przekazywaniu życia. [...] Dziecko nie jest rzeczą, która należy się małżonkom, nie może być ono uznane za własność. Jest raczej darem małżeństwa, i to »największym«.”²⁹ Za niegodziwe, złe moralnie uznaje się: antykoncepcję, aborcję, sztuczne zapłodnienie, zapłodnienie *in vitro*, inseminację *post mortem*, tworzenie banków embrionów, macierzyństwo zastępcze, eksperymenty na embrionach, wszelkie działania o charakterze eugenicznym. Parom, które cierpią z powodu bezpłodności, zaleca się pokorę, pogodzenie się z losem, adopcję, niesienie pomocy dzieciom ubogim i upośledzonym.

Stanowisko Kościoła, wsparte na religijnym ujęciu świętości ludzkiego życia od poczęcia do naturalnej śmierci i wizji ludzkiego losu, może być wiążące dla katolików, ale co z innowiercami, niewierzącymi? Tym bardziej że Kościół wyraźnie żąda, by prawodawstwo cywilne państw było podporządkowane jego koncepcji praw człowieka. Stanowisko Kościoła nie trafia do przekonania nawet katolikom, szczególnie tym, którzy są wystawieni na ciężką próbę zmagania się z bezpłodnością i szukają pomocy lekarzy, by mieć upragnione własne potomstwo.

Czy bezpłodność jest chorobą?

Jeśli bezpłodność jest chorobą, to powinna być leczona przy użyciu dostępnych metod. Wielu lekarzy, teologów i przeciwników sztucznego zapłodnienia kwestionuje tę tezę. Mówią oni: bezpłodność nie jest chorobą, a sztuczne zapłodnienie nie likwiduje, nie leczy przyczyn bezpłodności³⁰.

²⁹ „Donum Vitae”. Instrukcja o szacunku dla rodzącego się życia ludzkiego i o godności jego przekazywania. Wrocław 1994, s. 21.

³⁰ L. Niebrój: *U początków ludzkiego życia*. Kraków 1997, s. 113–114; B. Chyrowicz: *Bioetyka i ryzyko*. Rozdz. I § 4,5. Lublin 2000; T. Ślipko: *Granice życia. Dylematy współczesnej bioetyki*. Warszawa 1988, s. 172 i n.

Bezpłodność to wada organiczna tak jak niedowidzenie, niedosłyszenie, brak uzębienia. IVF tylko przewycięża tę wadę przez swoistą protezę – dziecko. Embryonu, dziecka nie można traktować jak protezy, bo człowiek nie może być środkiem do czyichś celów – twierdzą przeciwnicy. Lepiej te pieniądze (na IVF) przeznaczyć na leczenie, np. udrożnienie jajowodów, zastosowanie sztucznych jajowodów.

Metoda IVF rzeczywiście nie leczy bezpłodności – przyznają jej zwolennicy – ale czy to znaczy, że wszelkie działania medyczne należy potępić tylko dlatego, że stosuje się w nich protezy? IVF zachowuje charakter terapii, bo usuwa przyczynę ludzkiego nieszczęścia, minimalizuje wadę. Nieprawda, że embryon jest tu traktowany jak środek – bezpłodne pary traktują go jako cel sam w sobie.

Kto jest człowiekiem – kryteria człowieczeństwa

W sporze o dopuszczalność sztucznej prokreacji można odwoływać się do kryterium człowieczeństwa. Spór o sztuczną prokreację toczy się także na płaszczyźnie kryteriów człowieczeństwa. Można pytać: Czy dokonując sztucznego zapłodnienia przeprowadzamy tym samym eksperyment na istocie ludzkiej, człowieku, czy też nie mamy jeszcze do czynienia z istotą ludzką lecz co najwyżej organizmem? Czy człowiekiem stajemy się w momencie zapłodnienia, czy później?

Jeśli przyjmiemy zasadę etyki katolickiej, że człowiekiem jest się od poczęcia (lub przyjmiemy kryterium genetyczne powodowani względami pozareligijnymi), to konsekwentnie trzeba by potępić IVF, wszelkie badania i eksperymenty oraz manipulacje zygotą ludzką bez względu na to, czemu służą – są to działania na istocie ludzkiej, która nie może wyrazić na nie swojej zgody, z założenia istota ludzka jest tu traktowana instrumentalnie.

Nie jest jednak pewne, że kryterium genetyczne wyznacza początek człowieczeństwa – nawet, jeśli uznamy, że zygota jest potencjalnym człowiekiem, to z tego nie wynika, że unicestwienie zygoty jest tak samo złe jak zabicie dorosłego człowieka. Poczęcie jest koniecznym warunkiem stania się człowiekiem, ale nie jest to warunek wystarczający – uznają zwolennicy kryteriów rozwojowych. Nie każda zapłodniona komórka jajowa stanie się indywiduum ludzkim (może się podzielić na 2, 3 i więcej identycznych komórek, potem na powrót połączyć w jedną lub przekształcić w zwyrodniały twór, który często jest spontanicznie usuwany z organizmu kobiety). Stawanie się człowiekiem, podkreślają zwolennicy kryteriów rozwojowych, jest długim i skomplikowanym procesem, a nie momentem. Przez

jakiś czas po zapłodnieniu jesteśmy organizmem biologicznym, a dopiero wtedy, gdy wykształci się system nerwowy i mózg staje się zdolny do odbioru wrażeń zmysłowych, nabywamy uprawnień człowieka (kryterium neurologiczne). Granica 7. tygodnia życia płodowego (a można nawet dowodzić, że dzieje się to znacznie później, jak wskazywałam w rozdziale trzecim) byłaby kryterium pozwalającym odróżnić dopuszczalne eksperymenty na embrionach od niedopuszczalnych – od 7. tygodnia rejestruje się pierwsze przejawy aktywności pnia mózgu, wtedy zaczyna się kształtować zdolność doznawania świata i zaczynamy stawać się ludźmi. Prowadzący IVF eksperymentują tylko do 14. dnia rozwoju zarodka, nie przekraczają więc przyjętej granicy między embrionem jako organizmem a embrionem jako istotą ludzką. Z tego punktu widzenia można kontynuować zabiegi zapładniania *in vitro*, a także niszczyć kilkudniowe embriony bez naruszania praw, jakie można przypisać embrionowi po osiągnięciu przez niego zdolności odczuwania.

Zagrożenie małżeństwa i rodziny

Sztuczna prokreacja, szczególnie IVF, może mieć dramatyczne skutki społeczne – uważają przeciwnicy – ponieważ oddziela prokreację od życia seksualnego. Zagrożona jest instytucja małżeństwa, bo nie jest ono warunkiem seksu ani prokreacji. Takie słowa, jak: „matka”, „ojciec”, „wuj” czy „ciotka” zmieniają zasadniczo swoje znaczenie, może nawet staną się nazwami pustymi, a miłość, macierzyństwo czy wierność zostaną uznane za przeżytek. Połączenie IVF z klonowaniem wyeliminuje mężczyzn z prokreacji. Zaniknie tradycja i wartości kultury, bo rodzina nie będzie już potrzebna.

Zarzut, iż sztuczna prokreacja zagraża małżeństwu, można interpretować jeszcze inaczej – laboratoryjne metody prokreacji są złe, bo wpływają destrukcyjnie na psychikę małżonków. Ich dążenie do posiadania własnego genetycznie potomka nadaje związkowi charakter technologiczny, liczy się bowiem tylko efektywność działania. Poza tym sztuczna prokreacja narusza intymność między partnerami, są oni skazani na ujawnianie najgłębszych tajemnic życia seksualnego lekarzom, ich współżycie toczy się w obecności osób trzecich. To może prowadzić do utraty spontaniczności zachowań, miłości i w efekcie do rozpadu małżeństwa.

Czy te zagrożenia są tak realne? Od ponad stu lat stosuje się sztuczną inseminację i jakoś nie doprowadziło to do upadku rodziny. Trzeba też pamiętać o tym, dodają zwolennicy wspomaganej prokreacji, że technika IVF jest stosowana w sporadycznych przypadkach i jest mało prawdopodobne,

by zdrowe kobiety, zdolne do urodzenia dziecka, zechciały przechodzić serie bolesnych, często upokarzających zabiegów po to tylko, by przekazać swoje komórki jajowe do laboratorium. Jeśli ktoś pragnie dziecka, a nie musi korzystać z pomocy medycznej, by osiągnąć upragniony cel, raczej skorzysta ze starej, dobrej, tradycyjnej metody prokreacji. Ma ona tę zaletę, dodaje Z. Szawarski, że jest łatwa, nie wymaga pomocy lekarza oraz sprawia ludziom dużo przyjemności. Obawy, że IVF zagrozi rodzinie, są, przynajmniej na razie, przesadzone. Większość ludzi rozmnaża się tradycyjnie. Czasem nawet IVF pomaga utrzymać małżeństwo czy założyć rodzinę – ludzie, którym bardzo zależy na posiadaniu własnego potomstwa, a których nie zadowolą alternatywne sposoby (np. adopcja), prędzej rozstaną się lub będą szukali innego partnera (partnerki), by spełnić swoje pragnienie, niż pogodzą się z losem. Słuszność argumentów utrzymujących, iż IVF osłabia więzy małżeńskie, najlepiej sprawdzić empirycznie. Badania socjologiczne i psychologiczne prowadzone w krajach, gdzie IVF jest stosowana na szerszą skalę, dowodzą, że to właśnie bezpłodność jest przyczyną rozpadu małżeństwa, a osiągnięcie celu prokreacyjnego metodą IVF utrwala związek małżeński.

Wbrew naturze

Ten argument wysuwa Kościół katolicki, który twierdzi, że IVF jest sprzeczna z naturą i dlatego jest zła ze swej istoty. Argument ten bywa często stosowany, wydaje się wielu ludziom oczywisty, ale – tu zgodzę się z Z. Szawarskim – jest najsłabszy ze wszystkich argumentów przytaczanych przeciwko nowym metodom prokreacji. Jego słabość wynika z wieloznaczności pojęcia natury. W filozofii operuje się przynajmniej czterema znaczeniami słowa „natura”. Pierwsze rozumienie natury oznacza to, co przebiega zgodnie z prawami przyrody. Przeciwnieństwem tego, co naturalne, jest to, co nadprzyrodzone, cudowne. W tym znaczeniu sztuczna prokreacja jest jak najbardziej naturalna. Drugie rozumienie natury kojarzy ją ze spontanicznością. Naturalne jest to, co przebiega bez ingerencji człowieka. W tym znaczeniu sztuczna prokreacja jest nienaturalna, bo wiąże się z celową ingerencją człowieka w procesy tworzenia życia, ale równie nienaturalna jest cała medycyna. Gdyby zapłodnienie *in vitro* oceniać tylko na tej podstawie, że nie jest ono samoistne, należałoby podobnie ocenić wiele praktyk medycznych, które wymagają interwencji specjalistów. W trzecim rozumieniu naturalne jest to, co wpływa z natury ludzkiej pojmowanej jako zespół dyspozycji poznawczych. W tym znaczeniu sztuczna prokreacja jest natu-

ralna, bo stanowi efekt poznania ludzkiego. Czwarte rozumienie natury wiąże się z arystotelesowsko-tomistyczną koncepcją „praw natury”. Zakłada ona, że każdy organizm w rozwoju zmierza do realizacji immanentnych mu możliwości. Cel rozwoju jest zawarty potencjalnie w strukturze i funkcjach organizmu. Każda faza rozwoju jest sterowana i kontrolowana przez cel. Odnieść to można nie tylko do poszczególnych organizmów, ale także różnych struktur społecznych i instytucji. Jeśli uznamy, że zgodnym z prawem natury celem małżeństwa i aktu seksualnego jest prokreacja oraz iż dobre jest postępowanie zgodne z prawem natury, to wydaje się logicznym potępienie wszystkiego, co uniemożliwia realizację przyrodzonego celu (anty-koncepcja). Nie jest jednak oczywiste, sądzi Szawarski, czy takie rozumienie natury musi prowadzić do potępienia moralnego IVF. Jeśli celem małżeństwa jest prokreacja, a cel ten wskutek wady (bezpłodności) nie może zostać zrealizowany, to dlaczego nie mielibyśmy użyć sztucznych metod prokreacji, by cel ten zrealizować? Skoro akceptujemy rozerwanie naturalnego związku między jedzeniem a życiem organizmu w wypadku np. niedrożności przełyku i zgadzamy się na stosowanie sztucznego odżywiania, dlaczego nie mielibyśmy akceptować rozerwania naturalnego związku między aktem seksualnym a prokreacją w wypadku par bezpłodnych oraz zgodzić się na użycie nadzwyczajnych, sztucznych sposobów prokreacji? Kongregacja Nauki Wiary pozostawia bezpłodnym małżeństwom jedynie adopcję lub cierpienie. W tym samym dokumencie (*Donum vitae*) potępia się wszystkie techniki prokreacji IVF, a jednocześnie dopuszcza się użycie sztucznych środków ułatwiających naturalny akt seksualny. Jak rozpoznać, który środek techniczny jest zgodny z prawem naturalnym, a który nie? Rozstrzygają o tym autorytety teologiczne, tym samym dyskusja o moralnej dopuszczalności sztucznej prokreacji przesunięta jest na płaszczyznę teologiczną i metafizyczną. „Metafizyka prawa naturalnego nie jest jedyną możliwą metafizyką i nie wydaje mi się też, aby była to metafizyka prawdziwa. Ale jeśli nawet zdecydujemy się na wybór języka praw naturalnych, to jak wskazują na to spory toczone przez bioetyków o orientacji religijnej, dalecy są oni od jednomyślności i dopiero *Instrukcja* Kongregacji Nauki Wiary kładzie autorytarnie kres wszelkim debatom. Jednakże Kongregacja jest autorytetem moralnym tylko dla tych, którzy czują się moralnie zobowiązani uznawać jej autorytet. Nie jest to, jak doskonale wiadomo, obowiązek uniwersalny.”³¹ Nie wszyscy wyznawcy katolicyzmu zgadzają się z argumentacją stosowaną w *Donum vitae*. Jezuita William Daniel uważa, że Watykan miesza logikę z moralnością. Niemoralne byłoby tylko sztuczne zapłodnienie dokonane dla wygody, a nie z konieczności. Sztuczne odżywianie pacjenta także nie ma wiele wspólnego z duchowym znaczeniem spożywania

³¹ Z. Szawarski: *Nowy, wspaniały...*, s. 64.

pośiłku, a przecież nie potępiamy go, jeśli jest dyktowane względami medycznymi³². Wielu katolików mających kłopoty z prokreacją nie rozumie potępienia metod sztucznej prokreacji, próbuje jednak realizować swoje pragnienie w zgodzie z nauką Kościoła. W tym celu, jak wskazują Kate Saunders i Peter Stanford, uciekają się do różnych sposobów interpretacji *Donum vitae*. Bardziej liberalnie nastawieni katolicy uznają, że *Instrukcja* zezwala na technikę GIFT, czyli przeniesienie gamet wewnątrz jajowodu, bo nie ma w niej zakazu jej stosowania. Prawda jest taka, twierdzą autorzy, że watykańscy prawodawcy nie wypowiadali się o tej technice, bo nie wiedzieli, na czym ona polega. Wśród samych specjalistów nie ma jednomyślności. Jedni stosują zapłodnienie pozaustrojowe, twierdząc, że to GIFT. Inni uznają, że GIFT polega na przemieszczeniu komórki jajowej w dolne partie zablokowanego jajowodu – zapłodnienie następuje wtedy w naturalny sposób. Jest jednak odmiana tej techniki nazywana „daniem Panu Bogu forów”. GIFT-2 polega na przemieszczeniu jajeczka w dolne partie jajowodu i dokonaniu sztucznego zapłodnienia wewnątrzustrojowego. Pozostaje wtedy jednak delikatny problem, jak uzyskać spermę w inny sposób niż masturbacja (potępiana przez Kościół). Aby rozwiązać tę delikatną kwestię naukowcy wymyślili pewien sposób: „Małżonkowie odbywają normalny stosunek, ale mąż używa przedziurawionej prezerwatywy. Potem wkraczają lekarze i robią swoje. Teoretycznie nie wiadomo, jak w tym przypadku dochodzi do poczęcia dziecka – wcale niewykluczone, że odbywa się to w sposób naturalny. Ani lekarze, ani małżonkowie nie mają wątpliwości, co się dzieje naprawdę, ale Rzym jest zadowolony.”³³ Ludziom, którzy nie mają kłopotów z prokreacją, opisana sytuacja może się wydać niezrozumiała lub nawet groteskowa – po stosunku należy tę przedziurawioną prezerwatywę dostarczyć jak najszybciej lekarzom, by mogli pobrać nasienie nadające się do sztucznego zapłodnienia. Zwróćmy jednak uwagę na sytuację tych ortodoksyjnych katolików, którzy chcą być w zgodzie z nauką Kościoła, a jednocześnie wiedzą, że bez odpowiedniej pomocy medycznej nie mieliby szans na spłodzenie upragnionego potomka. Dla nich ta dziurawa prezerwatywa jest szansą na obejście sztywnych przepisów, tym samym może zapewnić poczucie spokoju sumienia.

Sytuacja bezdzietnych par katolickich rozpaczliwie pragnących mieć dzieci nie jest łatwa – muszą wybrać jedną z trzech możliwości: cierpieć i posłusznie znosić los, stosować GIFT, łudząc się, że Kościół tego nie potępia, odrzucić oficjalny zakaz oraz wybrać technikę *in vitro* jako dającą największe szanse na powodzenie.

³² W. Daniel SJ: *Towards a Technology of Procreation: An Examination of the Vatican Instruction Donum vitae*. „Pacifica” 1990, 3, podają za: K. Saunders, P. Stanford: *Katolicy i seks*. Przeł. H. Jankowska. Warszawa 1996, s. 167–168.

³³ K. Saunders, P. Stanford: *Katolicy i seks...*, s. 168–169.

Inne zarzuty pod adresem IVF

Lista zarzutów pod adresem technik sztucznego zapłodnienia jest długa – spotkamy na niej zarzuty o różnym ciężarze gatunkowym. Oprócz wyżej omówionych najczęściej pojawiają się i inne, które w skrócie omówię.

Masturbacja. Zarzut ten dotyczy sposobu pobierania nasienia. Masturbacja jest najlepszą metodą pobierania nasienia o odpowiedniej jakości biologicznej. Można wprawdzie pobierać nasienie chirurgicznie, wprost z jąder. Jest to jednak zabieg bolesny i, co ważniejsze, nasienie pobrane w ten sposób ma mniejszą wartość rozrodczą. Masturbacja jest potępiana przez religie za to, że nie wiąże się z obcowaniem heteroseksualnych partnerów (jest, jak się uważa, niezgodna z prawem natury). Można jednak wątpić, czy należy potępiać masturbację motywowaną celami prokreacyjnymi w tym samym stopniu, jak masturbację dokonywaną dla przyjemności. Seksuolodzy od dawna nie uznają masturbacji za dewiację. Religijne, obyczajowe i naukowe oceny tego zachowania seksualnego są diametralnie odmienne. Z tego, że ktoś uzna masturbację za nieodpowiednią, godną pożałowania formę zachowania, nie wynika, że należy ją zawsze traktować jako moralnie złą i niedopuszczalną.

Dawstwo gamet i embrionów. W sztucznej prokreacji korzysta się często z gamet pochodzących od anonimowych lub obcych dawców. Większość zarzutów kieruje się tu pod adresem mężczyzn – obok zarzutu masturbacji wymienia się zastrzeżenia co do motywów ich działań (traktuje się mężczyzn jak zarodowych samców, odpłatne dawstwo nasienia porównywane jest do prostytucji), niektórzy dopatrują się tu grzechu cudzołóstwa. Kobiety – dawczynie komórek jajowych traktuje się łagodniej. Być może wynika to z odmiennej procedury pobierania komórek jajowych oraz przypisywania kobietom-dawczyniom szlachetnych intencji (współczucie dla innej bezpłodnej kobiety, chęć pomocy). Istotnie, pobranie komórki jajowej wiąże się z interwencją chirurgiczną i cierpieniem – trudno więc przypisywać dawczyniom motywy hedonistyczne czy merkantylne. W wypadku przekazania embrionu dawstwo usprawiedliwia się przez odwołanie się do wartości życia – „zbędny” embrion подарowany innej kobiecie ma szansę życia i rozwoju. obrońcy sztucznej prokreacji dążą do osłabienia potępienia dawców-mężczyzn. Sądzą, że dawstwo nasienia nie różni się od dawstwa krwi – chodzi tu o przekazanie materiału biologicznego zbędnego dla dawcy, bez uszczerbku dla jego zdrowia i z pożytkiem dla innych osób. Tu pojawia się jeszcze jedna kwestia – czy dawstwo gamet ma być honorowe, czy odpłatne? Honorowe dawstwo gamet oraz embrionów wydaje się lepszym rozwiązaniem, bo w ten sposób będzie się popierało postawy altruistyczne i uniknie się sytuacji, w której perspektywa zarobku skłoni kandydatów na dawców

do zatajania takich szczegółów z własnego życia, które mogą świadczyć o mniejszej wartości genetycznej gamet. Następną kwestią jest anonimowość dawców. Przeciwno anonimowości przemawiają następujące względy:

- groźba kazirodztwa: mogłoby dojść do małżeństwa między rodzeństwem przyrodnim, które przyszło na świat dzięki nasieniu tego samego dawcy. Niebezpieczeństwo nieświadomego kazirodztwa nie jest wielkie – jeśli nasienie jednego dawcy zostanie użyte tylko w 5 na 2000 udanych zabiegów sztucznej inseminacji, to małżeństwo kazirodzkie w takim kraju jak W. Brytania może się zdarzyć raz na 50–100 lat;
- naruszenie prawa dziecka do informacji o swoim pochodzeniu. Z faktu, że dziecko nie zna swojego pochodzenia, może wynikać wiele niepożądanych konsekwencji (np. ryzyko zachorowania na choroby przenoszone genetycznie). Można domagać się uznania prawa dziecka do poznania prawdy o swoim pochodzeniu – wielu lekarzy stosujących sztuczną prokreację zaleca, by rodzice ujawnili dziecku prawdę, kiedy dorośnie i będzie w stanie ją zrozumieć. Tu pojawia się inny problem – dziecko może być zainteresowane, kto jest jego rodzicem genetycznym i będzie chciało go zidentyfikować, poznać. To może skomplikować życie całej rodziny oraz dawców gamet. Stąd niektórzy zalecają jednak zachowanie anonimowości dawcy. Mężczyźni zazwyczaj nie godzą się na oddawanie nasienia bez zachowania warunku anonimowości, bo boją się, że zostaną zidentyfikowani. Przykładem jest Szwecja – kiedy zrezygnowano tam z anonimowości, znacznie spadła liczba dawców.

Za anonimowością dawców przemawiają ważne względy: zabezpieczenia bezinteresowności i bezpieczeństwa dawcy, wykluczenie więzi pokrewieństwa między dawcą a dzieckiem (za ojca uważa się męża zgadzającego się na sztuczną inseminację żony, za matkę uznaje się kobietę, która rodzi dziecko, choć gameta żeńska czy embriion pochodziły od dawców obcych).

Los dzieci z próbowki. Przeciwno metodom sztucznej prokreacji (a zwłaszcza technice *in vitro*) wysuwa się poważne zastrzeżenia dyktowane troską o los dzieci powołanych do życia w ten sposób. Przeciwnicy sztucznej prokreacji obawiają się, że niesie ona zbyt duże ryzyko tworzenia istot upośledzonych fizycznie, psychicznie czy społecznie. Jak wiadomo, jedna z fundamentalnych zasad etyki medycznej głosi, iż w praktyce lekarskiej należy przede wszystkim nie szkodzić (*Primum non nocere*). Tymczasem eksperymentowanie na potencjalnych istotach ludzkich, twierdzą przeciwnicy, jest działaniem na ich szkodę. Już sama manipulacja gametami i konieczność monitorowania ciąży może doprowadzić do zmian w strukturze płodu oraz w efekcie doprowadzić do defektów fizycznych oraz psychicznych dziecka. Fakt bycia „dzieckiem z próbowki” może stać się powodem niepokojów i zaburzeń w rozwoju emocjonalnym dziecka. Z tych powodów już

w 1972 r. Paul Ramsey, teolog i bioetyk protestancki, uznawał, że należy zabronić wszelkich badań nad zapłodnieniem *in vitro*.

Wszystkie obawy, jak dotąd, okazały się przesadzone. Nikt, oczywiście, nie może zapewnić, że dziecko urodzone za pomocą techniki *in vitro* będzie w pełni normalne biologicznie. Wskaźnik nienormalnych poczęć w przypadku *in vitro*, jak twierdzą specjaliści, nie odbiega od normy. Laboratoryjne zapłodnienie oraz rozwój embrionu odbywa się pod kontrolą, embriony biologicznie wadliwe nie są implantowane. Jeśli w trakcie łączenia gamet lub w czasie implantacji dojdzie do uszkodzenia embrionu, to prawdopodobnie nastąpi poronienie. Dzieciom poczętym w laboratorium nie zagraża także upośledzenie społeczne – wiele zależy od środowiska społecznego, w którym będą żyły. Społeczeństwo tolerancyjne nie będzie z nich czyniło obiektu ciekawości i niezdrowej sensacji. Poza tym w miarę upowszechniania metod sztucznej prokreacji „dzieci z probówki” nie będą traktowane inaczej, jak te urodzone „naturalnie”; dziwność czy „nienaturalność” ich pochodzenia nie będzie problemem.

Mikroinjekcja plemnika. Współcześnie coraz częściej stosuje się mikroinjekcję plemnika (ICSI – *intracytoplasmatic sperm injection*), uważaną za najlepszy sposób leczenia męskiej niepłodności. Wstrzyknięcie plemnika do komórki jajowej stosuje się w przypadkach, gdy nasienie w znacznym stopniu odbiega od normy (u mężczyzn powstają prawidłowe plemniki, ale w małej liczbie, bądź w nasieniu są obecne plemniki o nieprawidłowym sposobie poruszania się, co uniemożliwia im wniknięcie do komórki jajowej). Metoda ta budzi jednak obawy – należy brać pod uwagę to, że w naturalnych warunkach istnieją mechanizmy selekcji plemników, jeśli wyeliminujemy te mechanizmy, to zachodzi niebezpieczeństwo wzrostu częstotliwości pojawiania się nieprawidłowych zygot.

Macierzyństwo zastępcze. Polega ono na wynajęciu przez kobietę bezpłodną łona innej kobiety, gdy nie może ona lub nie zamierza przechodzić całego procesu ciąży i porodu. Nie jest tu istotne, czy ofiarowana komórka jajowa zostanie zapłodniona nasieniem męża czy anonimowego dawcy, ważne jest to, że zapłodnienie zwykle odbywa się *in vitro*, a ciążę przechodzi inna kobieta, wynajęta matka, która zobowiązuje się po urodzeniu oddać dziecko czekającej parze. Instytucja matki zastępczej budzi poważne zastrzeżenia. Często zdarza się tu nielojalność i sprzedajność – matki zastępcze nie chcą wywiązać się z umowy, nie oddają dziecka, szantażują oczekującą na dziecko parę, są opłacane za swoje usługi, a czasem przywiązują się do dziecka, które noszą, oraz uznają je za własne. Matki zastępcze pojawiły się w USA, później w Europie. Nie działają one charytatywnie – za urodzenie dziecka pobierają wysokie honorarium. Przy okazji z tego procederu czerpią niemałe korzyści inni: agencje zajmujące się pośrednictwem, lekarze, prawnicy. Ustawodawstwo państw europejskich nie dopuszcza ma-

cierzyństwa zastępczego. Komitet Ekspertów Rady Europy zalecił w 1989 r., by państwa członkowskie przyjmowały ustawodawstwo uznające za nieskuteczne umowy pomiędzy matką zastępczą a osobą lub parą, dla której miałyby ona urodzić dziecko. Na macierzyństwo zastępcze zezwolono w wyjątkowych przypadkach, z zastrzeżeniem, że nie wchodzi w grę korzyści materialne, i pod warunkiem, że matka zastępcza będzie miała prawo zatrzymać narodzone dziecko. J. Bernard określa matki zastępcze „sprzedawczyniami własnych dzieci”, P. Singer i D. Wells, choć widzą tu liczne problemy, nie są przeciwnikami legalizacji macierzyństwa zastępczego.

Wnioski

Jednoznaczna i wolna od emocji ocena prokreacji medycznie wspomaganej jest chyba niemożliwa. Sama możliwość kreowania życia ludzkiego, tworzenia istnień w sposób zaplanowany, przypominający proces technologiczny, budzi obawy. Część tych obaw ma zapewne związek z brakiem zaufania do nauki i uczonych. Postęp naukowy rodzi wprawdzie nadzieję na nieustanne podnoszenie jakości życia, jego wydłużenie (łącznie z nierealną obietnicą nieśmiertelności), z drugiej strony wydaje się groźny, bo nie wiadomo, czym może się zakończyć. W wypadku prokreacji medycznie wspomaganej widać to w możliwościach jej zastosowań. Postępowanie wielu uczonych i badaczy przypomina zachowanie „ucznia czarnoksiężnika”, który uruchamia siły, nad którymi nie umie zapanować. Niewątpliwie model prosty laboratoryjnej prokreacji, w którym pobrana komórka jajowa pochodzi od kobiety, przechodzącej potem ciążę i rodzącej dziecko, nasienie pochodzi od jej legalnego męża, a wszystkie embriony podlegają implantacji, budzi mniej zastrzeżeń. Nie ma tu kłopotów z matką zastępczą, nie przechowuje się zamrożonych zarodków, nie niszczy się nadliczbowych zarodków. Model złożony, w którym gamety mogą pochodzić od obcych dawców i tworzy się „nadliczbowe” embriony, które się zamraża, wywołuje wątpliwości co do statusu zarodka, prawa własności do zarodków, macierzyństwa zastępczego i eugenicznego aspektu technik prokreacji wspomaganej. Model prosty jest bliższy pierwotnemu celowi – zapewnieniu bezpłodnej parze dziecka. Model złożony zmierza do wielu celów nieterapeutycznych i produkcji dzieci o określonych cechach na zamówienie. Żądanie, by w ogóle zrezygnować z laboratoryjnych technik prokreacji, jest nierealne (stały się już uznanymi metodami przewycięzania bezpłodności) i wygórowane – to, że

nie wszyscy uznają je za etycznie dopuszczalne, nie wystarczy, by wszystkie zastosowania laboratoryjnych metod prokreacji potępić i zażądać zaprzestania ich stosowania. Jak podał „Newsweek” (2002/39), pierwsza klinika zapłodnień dla par lesbijskich powstała w Londynie, następne zostaną otwarte w Manchesterze i Edynburgu. Wszystko wskazuje na to, że postęp naukowy jest być może „ślepy” na wartości etyczne – jeśli już coś zostało zrobione, trudno się wycofać, zaprzestać dalszych badań. Do tego trzeba też dodać znaczenie ludzkiej ciekawości i chęci sławy, które dla wielu są ważniejsze od możliwych groźnych konsekwencji odkryć. Samoograniczenia i zwolnienia tempa badań w dziedzinie prokreacji żądał J. Testart, który wycofał się z kontynuowania badań. P. Singer i D. Wells są nastawieni optymistycznie. Sądzą, że roztaczana przez przeciwników wizja świata staczającego się po równi pochyłej jest przesadzona. Człowiek nie jest przecież kulą bilardową. Jeśli nawet rozpoczął pewne procesy, to może mieć wpływ na ich zatrzymanie czy zmianę, jeśli uzna, że prowadzą one do niebezpiecznych konsekwencji. Postulat samoograniczenia wydaje się rozsądny. Dotyczy on nie tylko lekarzy, badaczy, ale i korzystających z tych usług medycznych bezpłodnych ludzi. Jakaś doza rozsądku przydałaby się wszystkim, by prokreacja medycznie wspomagana nie przekształciła się w konkurs na najbardziej szalony pomysł, jaki można zrealizować. Rzetelna ocena metod sztucznej prokreacji musi być poprzedzona dokładnym rozpatrzeniem okoliczności oraz możliwych konsekwencji każdego przypadku. Najważniejsza wydaje się tu siła pragnienia dziecka i to, czy jest ono traktowane jako cel, czy na pierwszym miejscu stawia się jego dobro.

Rozdział VI

Konsekwencje rewolucji terapeutycznej i biologicznej

Zdaniem J. Bernarda¹ medycyna uległa większym zmianom w ostatnim pięćdziesięcioleciu niż w ciągu poprzednich pięćdziesięciu wieków. Dwa przewroty, które doprowadziły do tak wielkich zmian, mają istotne konsekwencje dla bioetyki:

- rewolucja biologiczna przynosi opanowanie trzech dziedzin: reprodukcji, dziedziczności i układu nerwowego,
- rewolucja terapeutyczna dotyczy zastosowania wyników postępów nauki w leczeniu i zapobieganiu chorobom.

Oba procesy mają, obok niewątpliwych korzyści, groźne konsekwencje. Do najważniejszych trzeba zaliczyć: zagrożenie tożsamości gatunku ludzkiego i jednostki, ograniczenie wolności osobistej, rozmycie granic między terapią a eksperymentem.

Badania nad lekami

Rewolucja w terapii zaczęła się w 1937 r. wraz z pojawieniem się sulfonamidów. Po tysiącletnich beznadziejności człowiek może zwalczać choroby dotychczas nieuleczalne: gruźlicę, kiłę, ciężkie posocznice, schorzenia gru-

¹ J. Bernard: *Od biologii do etyki. Nowe horyzonty wiedzy, nowe obowiązki człowieka*. Rozdz. 2–5. Warszawa 1994.

czołów wewnętrznego wydzielania, zaburzenia w płynach ustrojowych. Jeszcze w 1930 r. do najczęściej stosowanych przez lekarzy leków należały: chinina, aspiryna, naparstnica, emetyna, morfina. W 1933 r., wspomina Bernard, w jednym ze szpitali umierali wszyscy chorzy na różę, w 1937 r. wszyscy chorzy zdrowieli dzięki nowo odkrytemu sulfonamidowi Prontozil (Rubiazol). Rewolucja terapeutyczna miała trojake konsekwencje: 1) wyleczenia z wielu chorób o dotychczas fatalnym przebiegu, 2) nieporządek, zlecenie nadmiernej ilości lekarstw (lekko chorzy dostawali ich nawet do 50–60 dziennie), 3) konieczność bardzo szczegółowych badań każdego preparatu, ocena jego zalet i wad. Potrzeba dokładnych badań stała się oczywista po tragicznych wydarzeniach; np. w 1952 r. zmarło 63 dzieci po zastosowaniu talku Baumol, w 1956 r. śmierć 100 osób spowodował Stalinon – preparat stosowany w czyracznosci, Thalidomid powodował ciężkie wady rozwojowe u noworodków, których matki zażywały go podczas ciąży (w latach 1961–1962 liczba ofiar tego preparatu wynosiła na świecie około 20 tys. osób).

Badania leków obejmują dwa etapy:

1. Etap badań laboratoryjnych. Długotrwałe prace laboratoryjne są niezbędne, lecz niewystarczające. Nowy preparat musi być wystawiony na liczne próby – doświadczenia na zwierzętach (embrionach i osobnikach dorosłych), hodowle komórkowe. Te badania laboratoryjne nie pozwalają dokładnie przewidzieć, jak dany preparat będzie działał w organizmie człowieka.

2. Etap prób na człowieku. Ocena nowego preparatu ma charakter czterofazowy: 1) zbadanie tolerancji (na zdrowych ochotnikach), 2) ocena skuteczności w zależności od metod podawania, 3) porównanie wyników podawania nowego leku z wynikami najlepszych z poprzednio stosowanych kuracji i ze skutkami braku leczenia, 4) po wprowadzeniu do handlu – gromadzenie informacji o nieprzewidzianych działaniach pozytywnych i negatywnych, także o skutkach późnych i rzadko występujących. Szczególnie faza 1) (zdrowi ochotnicy) i 3) (badania porównawcze) – jak uważa J. Bernard – są trudne i wywołują wątpliwości.

Problem zdrowych ochotników

Bernard podaje trzy przykłady, by ukazać, w jaki sposób pozyskuje się ochotników do badań. Oto jedna z dużych uczelni w USA zaprosiła pewnego francuskiego lekarza na konferencję, by wygłosił referat o przyczynach ostrych białaczek (1960 r.) Po konferencji profesor amerykański zwrócił się

do studentów z propozycją: jeśli student zgłosi się na ochotnika, zgodzi się, by mu dożylnie podawano krew chorego na białaczkę, to otrzyma 50 \$ i bez kłopotu zda egzaminy do końca roku.

Pewna firma farmaceutyczna zapewnia zdrowym ochotnikom stałe, wysokie miesięczne honoraria. Kontrakty zawierane są na kilka lat. Ochotnik nie pracuje, pozostaje do dyspozycji naukowców z firmy.

Jean Dausset wykrył nowy układ grup antygenów zgodności tkankowej HLA (Human Leukocyte Associated Antigen). Nazwa ma charakter historyczny, bo pierwotnie obejmowała grupę białek powierzchniowych obecnych na powierzchni leukocytów, obecnie wiadomo, że białka te znajdują się na powierzchni każdej komórki danego osobnika i stanowią wyznacznik jego immunologicznej aktywności. Układ immunologiczny osobnika rozpoznaje zestaw powyższych białek, nazywanych antygenami zgodności tkankowej, jako swój – komórki, które je mają na swojej powierzchni, uznaje za swoje. Ten sam układ będzie atakował i niszczył komórki z innym zestawem antygenów zgodności tkankowej jako obce. Rozpoznanie antygenów zgodności tkankowej i właściwy dobór pod tym względem dawcy i biorcy decyduje o powodzeniu każdego przeszczepu tkanki i narządu. Dausset założył istnienie relacji między tym układem a sukcesem przeszczepu tkanek i narządów. Przeszczep zostaje przyjęty w wypadku zgodności tkankowej, odrzucony przy jej braku. Najprostszym przeszczepem jest transplantacja skóry. Dausset i jego współpracownicy sami stają się przedmiotem eksperymentu – wzajemnie sobie przeszczepiają płaty skóry z ramion. Pierwsze wyniki są zachęcające, ale potem ramiona uczestników pokrywają się bliznami. Rozsądek nakazał przerwać doświadczenia, pomimo że nie uzyskano potrzebnych dowodów. Wtedy zgłaszają się dawcy krwi, znani ze swej odwagi i bezinteresowności. Dausset dokładnie wyjaśnia im cel, przebieg i ryzyko eksperymentu. Ochotnicy mający pełne rozeznanie w sytuacji uczestniczą w badaniach. Hipoteza potwierdza się, dzięki temu podjęto przeszczepianie szpiku i nerek ratujące życie wielu ludzi.

Podane przykłady służyły Bernardowi do ukazania podstawowych założeń korzystania ze zdrowych ochotników:

1. Konieczność badań – z punktu widzenia nauki muszą to być badania niezbędne.

2. Badacze – pierwszymi ochotnikami. Podobnie jak z odkryciem HLA doświadczenie powinno być podjęte przez samych badaczy. Dawniej tak było, np. niemiecki student Forssmann jako pierwszy wprowadził sobie sondę do żyły ramienia, dochodząc aż do serca, wykazując nieszkodliwość i użyteczność cewnikowania serca, co przyczyniło się do rozwoju kardiologii.

3. Zakaz posługiwania się chorymi, których nie dotyczy doświadczenie – nie wolno używać chorych jako materiału do prób terapeutycznych nie

dotyczących ich schorzenia, np. testować preparaty przeciwnowotworowe na chorych z przewlekłymi schorzeniami nienowotworowymi. Zakaz taki musi być bezwzględny.

4. Zakaz korzystania z rzekomych ochotników. np. studentów, więźniów, ludzi biednych.

5. Niepełnoletni – posługiwanie się nimi jest zakazane i karane, mogą tu pojawić się wyjątki.

Przedmiotem doświadczeń mogą być ochotnicy w dosłownym znaczeniu, uczestniczący w nich z różnych motywów (ciekawość poznawcza, altruizm, wspaniałomyślność). Muszą oni otrzymać pełną informację o rodzaju badań, ich celu, o możliwych powikłaniach. Eksperymenty wiążące się z dużym ryzykiem utraty zdrowia nie powinny być podejmowane.

Obowiązkiem organizatora doświadczenia jest ubezpieczenie ochotników. Musi on: 1) podpisać ubezpieczenie obejmujące jego odpowiedzialność cywilną, 2) sprawdzić, czy osoba zdrowa mająca być uczestnikiem doświadczenia jest ubezpieczona. W wypadku braku ubezpieczenia organizator powinien zrobić to na własny koszt.

Bezwzględną zasadą jest darmowość. Ciało ludzkie nie może być sprzedawane ani wynajmowane, w całości ani w części. Zasada ta jest jednak łamana, np. Narodowe Centrum Badań Naukowych i Narodowy Instytut Zdrowia i Badań Medycznych we Francji stosowały odpłatność ochotników w postaci honorariów (wysokich: 1500–2000 franków dziennie). Powinno to być zakazane. Formuła darmowości zezwala tylko na odszkodowanie za niedogodności związane z eksperymentem (np. utrata czasu).

Badania porównawcze

Po zakończeniu etapu badań laboratoryjnych i badań na zdrowych ochotnikach, po sprawdzeniu toksyczności preparatu opracowano sposoby podawania leku, jego dawki, rozkład kuracji w czasie, trzeba sprawdzić, czy nowy lek działa w różnych chorobach, lepiej, gorzej czy podobnie w porównaniu z dotychczas używanymi. Decyzja o dopuszczeniu leku do obiegu może zapaść dopiero po badaniach porównawczych. Pacjentów z daną chorobą dzieli się losowo na dwie grupy – jedna dostanie lek A (dawny), druga lek B (nowy). Doświadczenie jest prowadzone podwójnie ślepą metodą, opartą na obustronnej nieświadomości – ani chorzy, ani lekarze nie znają wyników losowania. W niektórych przypadkach nowy lek porównywany jest z placebo (środek nie mający wartości farmakologicznej, obojętny dla organizmu, wykazujący niekiedy działanie psychoterapeutyczne). Placebo stosowane jest

tylko w dwóch sytuacjach: kiedy choroba jest łagodna lub w wypadku choroby, wobec której nie istnieje żadne skuteczne postępowanie.

Badania porównawcze, sądzi J. Bernard, są moralnie konieczne i z konieczności niemoralne. Są moralnie konieczne, bo wprowadzenie nowego leku obciąża osoby leczące poważną odpowiedzialnością. Z konieczności są niemoralne, bo poprawa stanu chorego nie jest w tym wypadku celem jedynym. Głównie chodzi tu o zdobycie wiedzy, z której być może skorzystają przyszli chorzy. Z konieczności jednak chory jest królikiem doświadczalnym. Moraliści są oburzeni – twierdzą, że chory jest indywidualnym przypadkiem, a jego leczenie dotyczy jego samego i nie może być zależne od innych względów. Mają rację, ale badania porównawcze przynoszą chorym biorącym w nich udział niewielkie niedogodności, ogółowi chorych mogą przynieść znaczną korzyść (będą lepiej leczeni). Dobrym przykładem są dzieje dwóch szczepionek.

W 1921 r. Albert Calmette wraz z A. Guérinem uzyskali szczepionkę przeciw gruźlicy (stąd nazwa szczepionki BCG – *Bacillus Calmette–Guérin* – jest skrótem od nazwisk odkrywców). Calmette chciał poznać wyniki działania szczepionki. Wprowadzono ją jednak bez uprzednich badań porównawczych, dlatego budziła zastrzeżenia, spory. Dopiero kilkadziesiąt lat później uznano wartość tych szczepień. Przez ten okres niepewności, oczekiwania, gdy szczepionka nie była w powszechnym zastosowaniu, gruźlica wyrządziła wiele cierpień.

Szczepionkę przeciw polio odkryło dwóch amerykańskich uczonych Sabin i Salk. Zorganizowano dwie duże grupy (po 200 000 każda): jedna dostawała szczepionkę, a druga placebo. Podjęto wtedy duże ryzyko śmiertelnych zachorowań wśród ludzi otrzymujących placebo, ale już po dwóch latach potwierdzono wysoką skuteczność szczepień.

Rozważa się inne metody sprawdzania leków, m.in symulację komputerową. Na razie badania porównawcze na ludziach nie mogą być zastąpione przez metody alternatywne.

Problem świadomej zgody (*informed consent*)

Przez długi czas postęp w medycynie odbywał się przez obserwacje chorych, doświadczenia na zwierzętach i badanie zwłok. Żywy człowiek stał się przedmiotem eksperymentów (także tych wykraczających poza cele lecznicze) od XVIII wieku. Do czasu II wojny światowej zaufanie do lekarzy i badaczy było tak duże, że nie dopuszczano myśli, by medycyna czy nauka mogła być zbrodnicza, nieludzka. Do eksperymentów, często bardzo

niebezpiecznych, używano więźniów, skazanych na śmierć, sieroty, ludzi biednych². Dopiero po ujawnieniu zbrodniczych eksperymentów dokonywanych w nazistowskich Niemczech powstał międzynarodowy ruch na rzecz praw człowieka i pacjenta. Trybunał Norymberski nie potępił eksperymentów na człowieku. W orzeczeniu o winie lekarzy wskazał na granice etyczne, których w badaniach medycznych nie wolno przekroczyć – za fundamentalną uznano zgodę człowieka na udział w doświadczeniu. Zgoda ta musi być wolna i świadoma. Człowiek musi mieć zdolność prawną do wyrażenia zgody, nie może być niepełnoletni lub upośledzony umysłowo, nie może być pod naciskiem trudnej sytuacji ani manipulacji, musi dysponować dostateczną znajomością przedmiotu badań i wiążących się z nim możliwych konsekwencji. Wskazania Trybunału Norymberskiego zostały potem powtórzone i uzupełnione m.in. w *Deklaracji helsińskiej* z 1964 r. Stanowi ona wykładnię etyczną zasad postępowania lekarzy w trakcie badań naukowych prowadzonych na ludziach. Na niej wzorowano się, opracowując zasady prawidłowego prowadzenia badań klinicznych i wytyczne dla europejskich komisji etycznych, żądające poszanowania autonomii pacjenta czy wolontariusza w dysponowaniu swoją osobą³. Dobrowolna, świadoma zgoda jest warunkiem nie tylko prowadzenia doświadczeń biomedycznych o charakterze terapeutycznym lub poznawczym. Współcześnie odnosi się ją do postępowania diagnostycznego i terapeutycznego oraz uznaje się za warunek właściwej relacji między pacjentem i lekarzem. Tym samym obok klasycznych zasad etyki medycznej – zasady nieszkodzenia (*primum non nocere*) oraz zasady czynienia dobra (*Salus aegroti suprema lex*) – w etyce medycznej pojawiła się zasada szacunku dla autonomii, często traktowana jako ważniejsza od pozostałych. Angielski termin *informed consent* jest powszechnie używany, choć budzi wiele wątpliwości lekarzy i prawników⁴. Czy pacjent lub zdrowy człowiek poddany doświadczeniu (proband, jak się to niezbyt elegancko określa) jest w stanie zrozumieć istotę oraz cel procesu leczenia czy badania, tym bardziej że informacja jest podawana w niezrozumiałym dla niego, specjalistycznym języku? Czy pacjent lub ochotnik biorący udział w doświadczeniu mogą być równorzędnymi partnerami procesu diagnostycznego, terapeutycznego czy badawczego? Uzyskanie od probanta świadomej i nieprzymuszonej zgody napotyka sporo trudności natury poznawczej, emocjonalnej, społecznej⁵. Wiele zależy od stopnia autonomii i kompetencji pro-

² R.M. Youngson, I. Schott: *Pomyłki lekarskie. Zdumiewająca lecz prawdziwa historia szarlatanerii w dziejach medycyny*. [Wyd. Puls] 1997.

³ R. Gillon: *Etyka lekarska. Problemy filozoficzne*. Rozdz. II. Warszawa 1997; K. Szewczyk: *Etyka i deontologia lekarska*. Kraków 1994.

⁴ A. Liszewska: *Zgoda pacjenta na zabieg leczniczy*. „Państwo i Prawo” 1997, z. 1; *Informed Consent*. [Posiedzenie Komisji Etyki Medycznej PAU]. Kraków 1995.

⁵ Por. artykuły K. Gibińskiego, J. Rybickiej, I. Heszen-Niejodek. W: *Informed Consent...*

banta, jego osobowości, charakteru relacji interpersonalnej (pacjent–lekarz, ochotnik–badacz), sposobu podania informacji. Sytuację tę ilustruje J. Bernard następującymi przykładami. Człowiek chory na cukrzycę, który dobrze zna charakter i przebieg swojej choroby, orientuje się w stężeniach cukru we krwi oraz w moczu, acetonu i rezerwy zasadowej, jest zdolny do zrozumienia zalet jak również wad nowego, proponowanego mu sposobu leczenia, może wyrazić zgodę wolną i świadomą. A i lekarzowi łatwiej jest nawiązać kontakt z takim pacjentem oraz uzyskać jego zgodę. W przypadku chorego na białaczkę ostrą, kiedy rokowanie jest niepomysłne, sytuacja przedstawia się inaczej. Informacja musiałaby wyglądać mniej więcej tak: „Choruje Pan na ostrą białaczkę, która spowoduje Pana śmierć za 4 miesiące. Nowa metoda leczenia może przedłużyć Panu życie o 2–3 miesiące, chociaż nie jest to pewne. Czy decyduje się Pan na udział w doświadczeniu?”⁶ Jaki lekarz tak okrutnie postąpi? Samo postawienie sprawy może przyspieszyć przebieg choroby. Poważnie chory człowiek w takiej sytuacji nie mógłby chyba podjąć samodzielnej decyzji.

Dobrowolne i świadome zezwolenie pacjenta powinno być uzyskiwane, gdy jest to możliwe i gdy nie pociąga za sobą krzywdy chorego. Jeśli stan pacjenta nie pozwala na uzyskanie zgody, lekarz powinien zwrócić się do komitetu etyki (tak jest przyjęte we Francji i daje dobre efekty). Poza tym, zauważa Bernard, postęp medycyny ogranicza liczbę przypadków, w których chory nie zgodziłby się na leczenie. Choroba Hodgkina (nowotwór węzłów chłonnych) do 1969 r. zabijała wszystkich chorych. Uzyskanie zgody pacjenta na rodzaj leczenia było wtedy trudne. Obecnie 80% chorych zostaje wyleczonych. Już większa szansa na wyleczenie warunkuje to, że dobrze poinformowany przed terapią chory może wyrazić wolną i świadomą zgodę.

Problem świadomej zgody wiąże się z wieloma istotnymi współcześnie kwestiami. Pragnę zwrócić uwagę na jedną z nich – kwestię autonomii.

Autonomia w medycynie – dylematy, ograniczenia

Autonomię w medycynie odnoszę do samej medycyny jako dyscypliny badawczej i sztuki leczenia, lekarza-praktyka stosującego osiągnięcia medycyny oraz pacjenta.

W pytaniu o **autonomię medycyny** nie chodzi o jej niezależność od nauk przyrodniczych czy humanistycznych, lecz o to, na ile jest ona w stanie

⁶ J. Bernard: *Od biologii do etyki...*, s. 33.

(i czy powinna to robić?) kreować wzór człowieczeństwa i zdrowia. Można też pytać o to, na ile studia medyczne są wystarczającą podstawą do wykształcenia lekarzy umiejących leczyć ludzi.

Autonomia lekarza wyraża się w samodzielnym podejmowaniu decyzji o znaczeniu diagnostycznym, terapeutycznym i w samodzielnym wyborach moralnych. Współcześnie, w dobie rosnącej specjalizacji oraz podziału pracy w medycynie, przy wzrastającej oświacie medycznej (pacjenci o chorobach i metodach ich leczenia wiedzą coraz więcej), wobec narastających oczekiwań i żądań indywidualnych oraz społecznych wobec służby zdrowia autonomia lekarza jest ograniczona. Na ile lekarz może określać, co jest dobrem pacjenta i jak to dobro osiągnąć, skoro nie ma czasu ani możliwości, by poznać wszystkie dolegliwości pacjenta, sami pacjenci sugerują mu dobór środków medycznych, a presja firm farmaceutycznych⁷ (wywierana i na lekarzy, i na pacjentów), by przepisywać te a nie inne leki, jest ogromna! Sztucznie tworzy się nowe jednostki chorobowe, wydłuża listę schorzeń, które trzeba leczyć, a w reklamach minimalizuje się ryzyko związane z przyjmowaniem leku, by zwiększyć zyski firm farmaceutycznych⁸. W dobie rewolucji terapeutycznej zarówno dobro pacjenta, jak i autonomia schodzą na dalszy plan, jeśli w ogóle są jeszcze brane pod uwagę.

Autonomia moralna lekarza jest ograniczona przez nakazy etyki lekarskiej i autonomię pacjenta. Niekiedy autonomia lekarza popada w konflikt z autonomią pacjenta – widać to szczególnie wtedy, gdy lekarz z powodów moralnych odmawia wykonania zabiegu, choć narusza to prawo pacjenta do samostanowienia, zdrowia, życia czy łagodzenia cierpienia⁹.

Sytuacja lekarza jest trudna. Z jednej strony wymaga się od niego, by nie kierował się osobistymi sympatiami, poglądami politycznymi, religijnymi (wymóg neutralności ideologicznej, politycznej, światopoglądowej), z drugiej stawia się mu wymagania etyczne, moralne. I tak zasada poszanowania życia ludzkiego ogranicza jego autonomię, bo nie może on dokonywać wyborów, które uważa za słuszne:

- istniejący zakaz eutanazji nie pozwala lekarzowi, by kierował się przekonaniami moralnymi, które uważa za słuszne, a które dopuszczałyby eutanazję jako czyn słuszny moralnie¹⁰,
- lekarz musi odrzucić ofiarę z życia, nie może pobrać od dawcy na jego żądanie narządu niezbędnego do życia, nawet jeśli decyzja dawcy jest świadoma i dobrowolna.

⁷ Z. Szawarski: *Etyczne aspekty farmakoterapii*. „Etyka” 1998, T. 31.

⁸ Doniesienia o praktykach firm farmaceutycznych są niepokojące. Por. *Leki z lukrem*. „Gazeta Wyborcza” z 14.01.2003, s. 16; *Brudny handel lekami*. „Przegląd” 2003, 9 (166).

⁹ Mam na myśli sytuacje, gdy lekarz odmawia dokonania aborcji, eutanazji.

¹⁰ Ch. Barnard: *Godne życie, godna śmierć*. Warszawa 1996.

We wskazanych sytuacjach ograniczenia lekarskiej autonomii wpływają na ograniczenie autonomii pacjenta czy dawcy¹¹. Lekarz w sytuacji dylematycznej musi kierować się bardziej istniejącym prawem, etyką lekarską, zawodową hierarchią wartości niż własnym sumieniem i poglądami moralnymi. Autonomia potencjalnego pacjenta jest także ograniczona nakazem ochrony oraz ratowania życia. Liczne ograniczenia autonomii lekarza, a jednocześnie wysokie wymagania, jakie się przed nim stawia (by był kompetentny, rzetelny, uczciwy, samodzielny, odpowiedzialny w podejmowaniu decyzji o znaczeniu terapeutycznym i moralnym), sprawiają, że pełnienie tej funkcji społecznej należy do bardzo trudnych. Nie bez racji uważa się, że leczenie jest także sztuką – sztuką godzenia różnych interesów i potrzeb, sztuką wyboru w wypadku konfliktu wartości oraz norm moralnych, sztuką kontaktu z pacjentem.

Autonomia pacjenta stała się jednym z praw człowieka, a zasada szacunku dla autonomii pacjenta jest uznawana za jedną z podstawowych zasad współczesnej etyki lekarskiej¹². O ile w czasach Hipokratesa lekarz decydował, co jest dobrem pacjenta, dzisiaj żąda się, by paternalizm w relacji lekarz – pacjent został zastąpiony układem partnerskim. Nawet zasada *primum non nocere* jest interpretowana w duchu autonomii pacjenta i jego własnej skali wartości¹³.

Tak szeroki zasięg autonomii przyznanej pacjentowi i wysoka ranga zasady szacunku dla autonomii pacjenta ma liczne uwarunkowania. Wymienie najważniejsze:

- odrzucenie w medycynie biologistycznej koncepcji człowieka,
- poszukiwanie sposobów powstrzymania procesu dehumanizacji medycyny,
- wielowiekowy proces indywidualizacji człowieka w kulturze Zachodu w XX wieku doprowadził do tego, że człowiek uzyskał świadomość samego siebie jako indywiduum, niepowtarzalnej osoby. Ruch na rzecz praw jednostki dobitnie o tym świadczy – jednostka domaga się nie tylko prawa do życia, prywatności, ale i autonomii w podejmowaniu decyzji dotyczących leczenia i śmierci.

Autonomia pacjenta (o ile jest on osobą) wyraża się w tym, że może on odmówić zgody na zabiegi ratujące mu życie. Lekarz szanujący autonomię pacjenta będzie dawał pierwszeństwo zasadzie szacunku dla autonomii pacjenta przed zasadą dobra pacjenta – nie będzie pacjenta okłamywał, nie

¹¹ E. Klimowicz: *Moralne aspekty pobierania narządów do transplantacji*. W: *Nowoczesność i tradycja. Studia etyczne i estetyczne*. Red. T. Szkołut. Lublin 1995.

¹² R. Gillon: *Etyka lekarska. Problemy filozoficzne*. Warszawa 1997; T.L. Beauchamp, J.F. Childress: *Zasady etyki medycznej*. Warszawa 1996; *Umierać bez lęku. Wstęp do bioetyki kulturowej*. Red. M. Gałuszka, K. Szewczyk. Warszawa 1996.

¹³ E. Klimowicz: *Moralne aspekty...*, s. 217.

będzie łamał tajemnicę lekarskiej czy podejmował działania bez uzyskania świadomej zgody pacjenta.

Istnieją sytuacje, kiedy zasada autonomii pacjenta nie jest stosowana lub ma ograniczone zastosowanie:

- gdy uzasadniony jest przymus leczenia (ze względu na bezpieczeństwo i autonomię innych ludzi),
- gdy pacjent nie jest zdolny do autonomii lub jest ona znacznie ograniczona (pacjenci z zaburzeniami psychicznymi, upośledzeni umysłowo, zbyt młodzi lub niedojrzali),
- gdy pacjent udziela lekarzowi zgody na podejmowanie decyzji w jego imieniu,
- w sytuacjach nagłych, gdy nie można stwierdzić, czego pacjent by sobie życzył.

Ograniczenie czy wykluczenie autonomii pacjenta w tych przypadkach jest uzasadnione. Można jednak pytać, czy wtedy decyzję ma podjąć sam lekarz, czy inne osoby działające w imieniu pacjenta (rodzina, psychiatra, sąd, komisja). Autonomia rozumiana jako rodzaj wolności myślenia, decydowania oraz działania jest wartością instrumentalną, nie bezwzględna¹⁴:

- autonomia medycyny i lekarza (bez określenia jej celu) może prowadzić do skrajnego paternalizmu i antyludzkich zastosowań medycyny (lekarz staje się panem życia i śmierci, wychowawcą narzucającym pacjentowi swoje poglądy),
- autonomia pacjenta grozi tym, iż pacjent będzie ingerował w kompetencje lekarza, a lekarz stanie się usługodawcą spełniającym wszystkie możliwe technicznie do spełnienia życzenia czy zachcianki pacjenta.

Istotę autonomii w medycynie upatruję w świadomej zgodzie pacjenta na leczenie i odpowiedzialności lekarza za podjęte działania lecznicze. Od autonomii nie mniej ważna jest zasada szacunku dla autonomii pacjenta. Wymaga ona, jak sądzę, by lekarz traktował swojego pacjenta jak osobę oraz nie ingerował w jego hierarchię wartości. W interpretacji słabszej zasadę tę można odczytać jako moralny i obyczajowy wymóg stawiany lekarzowi – by zawsze traktował swoich pacjentów (także tych, którzy nie są w pełni osobą) nieinstrumentalnie, odnosił się do nich życzliwie, by w kontaktach z pacjentami stosował ogólnie przyjęte zasady dobrego wychowania. Mówiąc krótko – lekarz, który nie czuje szacunku do pacjenta, nie traktuje pacjenta jak człowieka (w skrajnych przypadkach nawet nie umie udawać, że uznaje pacjenta za człowieka), nie powinien być lekarzem.

¹⁴ S. Szatkowski: *Autonomia pacjenta*. „Etyka” 1988, T. 31 zwraca uwagę, że pojęcie autonomii znajduje się w konflikcie z istotnymi wartościami moralnymi (współczucie, wierność, dobro innych), chyba że nadamy mu wyłącznie charakter oceniający – autonomia to tylko te rodzaje niezależności, które cenimy.

W polskim środowisku medycznym dominują jeszcze postawy paternalistyczne, choć widać wpływ bioetyki głoszącej zasadę autonomii pacjenta i domagającej się, by uznać tę zasadę za jedną z podstawowych w etyce medycznej¹⁵.

Transplantacje

Transplantacja (łac. *transplantare*) oznacza przeszczepianie w sensie operacyjnego przeniesienia komórek lub tkanek (naskórka, skóry, rogówki, kości, naczyń krwionośnych, jelit jak też transfuzja krwi, szpiku kostnego) bądź całych narządów (nerek, serca, wątroby, płuc, trzustki).

Przyczyną dokonywanej transplantacji jest uszkodzenie, ubytek lub brak określonej tkanki lub narządu. Transplantowane tkanki (zastawka sercowa, naczynie krwionośne, kości) lub narządy zwane są przeszczepami. Mogą one mieć charakter naturalnych lub niebiologicznych protez (zastawka sercowa, naczynia krwionośne, kości). Transplantacje protez (alloplastyka) określa się mianem wszczepiania (implantacji). Implantacji podlegają najczęściej tkanki, bo sztuczne narządy są wciąż niedoskonałe¹⁶.

Z uwagi na powiązania między dawcą i biorcą przeszczepianych tkanek oraz narządów rozróżnia się następujące rodzaje przeszczepów:

- autotransplantacje (autoprzyszczepy) – przeszczepy tkanek w obrębie tego samego organizmu,
- przeszczepy allogeniczne lub homologiczne – przeszczepy dokonane w obrębie tego samego gatunku. W wypadku ludzi rozróżnia się następujące sposoby przeszczepiania (w zależności od kryterium podziału):
 - ze względu na życie dawcy: 1) z ciała żywego dawcy (*ex vivo*; pobrany może być tylko narząd parzysty i tkanka regenerująca), 2) z ciała zmarłego dawcy (*ex mortuo*; każdy narząd),
 - ze względu na genotyp: 1) izogeniczne – dawcą i biorcą są osobniki jednakowe genotypowo – bliźnięta jednojajowe, 2) nieizogeniczne (dawca i biorca różnią się genotypowo),
- przeszczepy od dawcy obcego gatunku – przeszczepy ksenogeniczne (ksenografty). Ze względu na duże różnice immunologiczne między przed-

¹⁵ M. Gałuszka, K. Szewczyk: *Umierać bez lęku...*, s. 216.

¹⁶ R. Tokarczyk: *Prawa narodzin, życia i śmierci*. Rozdz. 7. Kraków 1997; S. Kornas: *Współczesne eksperymenty medyczne w ocenie etyki katolickiej*. Częstochowa 1986, s. 23–26, 193–230.

stawicielami różnych gatunków zabiegi te kończą się fiaskiem, traktuje się je jako odległą przyszłość.

Główne trudności transplantacji wynikają ze skomplikowanych procesów immunologicznych – odrzucenia przeszczepu z powodu bariery immunologicznej. Organizm biorcy tkanki lub narządu rozpoznaje je jako obce, broni się, powoduje jego obumarcie. Opracowanie skutecznych metod przełamania bariery immunologicznej jest głównym warunkiem postępów w transplantologii. Ponadto bierze się pod uwagę wiele innych cech dawców i biorców: grupę krwi, wiek, brak infekcji i schorzeń, względy psychiatryczne, psychologiczne, społeczne. Najlepsze przeszczepy pochodzą od młodych zdrowych dawców – ofiar gwałtownej śmierci. Przebieg transplantacji także nastrocza kłopotów. Zabieg przeszczepiania to skomplikowane przedsięwzięcie – angażuje dwa zespoły chirurgów, zespół anestezjologów, zaplecze laboratoryjne, bank krwi, transport lotniczy. Operacje trwają długo, są stresujące dla chirurgów i innych osób zaangażowanych w sprawę. Każdy błąd bądź opóźnienie może oznaczać śmierć pacjenta i zmarnowaną szansę. Narządy po pobraniu przechowywane są w specjalnych pojemnikach w temperaturze 4°C w płynie konserwującym. Najbardziej odpornym organem jest nerka – czas jej przechowywania wynosi 36–48 godzin. Serce tylko 8 godzin, wątroba do 12 godzin (podawane dane mogą się różnić – najlepiej jak najszybciej przemieścić organ do ciała biorcy).

Z historii transplantacji

Pomysł zamiany chorego organu na zdrowy znany był od dawna, pierwsze próby przeszczepiania skóry podejmowano w starożytności (świadczą o tym ryciny powstałe w czasach cywilizacji Azteków, Majów, Etrusków, Tybetu i Chin). W życiorysach św. męczenników Damiana i Kosmy zawarta jest legenda o dokonanej przez nich cudownej wymianie nogi porażonej nowotworem na zdrową nogę wierzącego zmarłego Etiopczyka. W czasach Odrodzenia podejmowano próby przeszczepu chrząstek i kości w celach kosmetycznych (plastyka nosa po urazach w pojedynkach).

Wzmianki o próbach przetaczania krwi cielej ludzkiej z II połowy XVII wieku świadczą o niepowodzeniach oraz o porzuceniu ich na półtora wieku. Powodzeniem zakończyła się operacja przeszczepu skóry człowieka na człowieka przeprowadzona w 1816 r. w Londynie. W 1818 r. J. Blundell, angielski fizjolog i położnik, osiągał sukcesy w przetaczaniu krwi wykrwawionym położnicom. W 1820 r. niemieccy lekarze dokonali transplantacji kości i rogówki, gruczołu tarczycowego oraz tkanki nerwowej. Dopiero po

I wojnie zaczęto z pomyślnym rezultatem wykonywać przeszczepy skóry i transfuzje krwi. Pierwszą transplantację nerki przeprowadził w 1930 r. Unger w Berlinie. Była to próba nieudana – nerkę pobrano od małpy. Niepowodzeniem zakończyła się próba przeszczepu ludzkiej nerki dokonana przez radzieckiego chirurga Weronowa w 1936 r. Pierwszy pomyślny przeszczep nerki (u 24-letnich bliźniąt jednojajowych) udaje się w 1954 r. trzem amerykańskim lekarzom.

Choć już w wieku XIX podejmowano próby transplantacji rogówki, tarczycy, tkanki nerwowej, transplantologia rozwinęła się dopiero w XX wieku – doprowadził do tego rozwój nowych gałęzi nauk medycznych: genetyki, immunologii, anestezjologii, farmakologii, techniki. Krokiem milowym było rozróżnienie przez K. Landsteinerja w 1901 r. grup krwi (udział Polaka Ludwika Hirszfelda i Niemca Emila Dungerino). Dzięki temu rozpowszechniła się skuteczna metoda przetaczania krwi jako samodzielnej transplantacji i pomocniczej przy innych, np. serca. W II wieku p.n.e. chiński lekarz opisał transplantację serca między dwoma żołnierzami, nie wiadomo jakie były skutki tej operacji. Pierwszej udanej transplantacji serca dokonał 3.12.1967 r. w Kapsztadzie dr Ch. Barnard. Jego powodzenie wywołało euforię. Niedługo potem udanego przeszczepu serca dokonał A. Kantorowicz w USA (pacjent Barnarda przeżył 18 dni, a Kantorowicza 6,5 godziny). W 1968 r. przeprowadzono już aż 105 transplantacji. W latach siedemdziesiątych entuzjazm opadł: 42% operowanych przeżyło rok, 39% – 2 lata, 17% 3 lata, reszta to operacje nieudane. Próbuje się konstruować sztuczne serce (4.04.1969 r. w Texas Heart Institute w Houston po raz pierwszy wszczepiono pacjentowi sztuczne serce na trzy dni, potem zastąpiono je ludzkim, ale pacjent po dobie zmarł).

Pierwszą nerkę w Polsce przeszczepił w 1966 r. prof. Wiktor Bross z Wrocławia, a niedługo potem prof. Jan Nielubowicz z Warszawy (obecnie przeprowadza się około 350 takich operacji rocznie). Na niewydolność nerek umiera rocznie w Polsce 3 tys. ludzi, 2 tys. czeka w kolejce na przeszczep, dwa razy tyle jest dializowanych. Do roku 1999 w Polsce wykonano 5 tys. przeszczepów. Pierwsza chora z przeszczepioną nerką żyła 8 miesięcy, najdłuższy okres przeżycia pacjenta wynosi 15 lat. Zabieg kosztuje o połowę mniej niż roczna dializa.

Pierwsza w Polsce transplantacja serca została dokonana przez prof. Molla w 1969 r., a 15.08.1985 r. prof. Zbigniew Religa w Klinice Kardiologii i Chirurgii w Zabrzu wykonał swoją pierwszą transplantację serca (udaną). Do grudnia 1997 r. wykonano w Polsce 115 transplantacji serca, w grudniu 1998 było ich już 400. Od 1990 r. w Centrum Zdrowia Dziecka przeszczepia się wątrobę u dzieci, od roku 1992 prof. Jerzy Polański przeszczepia ten organ u dorosłych. W Polsce umiera rocznie 8 tys. ludzi z powodu chorób wątroby. Do osiągnięć polskiej neurochirurgii można zaliczyć przeszczep komórek nerwowych do mózgu.

Przeszczepy również w Polsce stały się standardową metodą leczenia, choć szybsze tempo rozwoju utrudniały wciąż wysokie koszty, brak narządów i obyczajowość. Druga połowa XX wieku przyniosła masowe przeszczepy nerek i serca, coraz częściej dokonuje się łączonych przeszczepów kilku narządów (serca, płuc, trzustki). Entuzjaści mówią o rychłym przeszczepianiu głowy czy mózgu.

Z transplantacją wiąże się wiele problemów medycznych, etycznych, społecznych. Medyczne dotyczą warunków powodzenia transplantacji (odrzut przeszczepu, niezgodność genetyczna, określenie stopnia ryzyka transplantacji). Kwestie etyczne odnoszą się m.in. do akceptacji transplantacji jako metody leczenia pomimo jej charakteru eksperymentalnego oraz obaw, że transplantacje mogą naruszać zasady moralne i obyczajowe. Pierwsze transplantacje były czymś wyjątkowym, budziły zdziwienie, podziw, osłupienie, oburzenie. Transplantacje z ciał zmarłych nie budzą na ogół sprzeciwów (uzyskały poparcie ze strony chrześcijaństwa i innych religii), choć również tutaj spotkamy poważne zarzuty. Pobieranie organu od żywego dawcy rodzi pytania o ryzyko utraty zdrowia lub życia, o granice decydowania o sobie. Kwestie społeczne odnoszą się do sprawiedliwego podziału dostępnych narządów (mniej dawców niż biorców), groźby komercjalizacji nabywania narządów, zasadności stosowania kosztownych metod leczenia w sytuacji kryzysu gospodarczego (koszty transplantacji w porównaniu z działaniami profilaktycznymi lub innymi metodami terapii).

Przeszczepy z ciał zmarłych

Problemy, jakie tu istnieją, to m.in.: określenie momentu śmierci, uzyskanie właściwej zgody na pobranie narządów, ustalenie proporcji między dobrem biorcy a ryzykiem zabiegu, przestrzeganie terapeutycznych celów operacji.

W wypadku transplantacji narządu pobranego od zmarłego istnieje sprzeczność interesów – normy etyczne i prawne domagają się **pewnych oznak śmierci** dawcy, z drugiej pozytywne wyniki transplantacji zależą od **jak najszybszego przemieszczenia organu** po śmierci. Proces umierania organizmu nie jest natychmiastowy. W pierwszej kolejności zamierają komórki układu nerwowego. Pozostałe tkanki i narządy żyją dłużej. Pobrane w odpowiednim momencie i przeszczepione mogą nadal żyć oraz funkcjonować (przeszczepione narządy nie od razu podejmują swoje funkcje, trwa to od kilku godzin do kilkunastu dni). Transplantologia wymusiła zmianę definicji śmierci – nie śmierć biologiczna, nie śmierć kliniczna, lecz śmierć

mózgu, a dokładniej pnia mózgu, uznano za śmierć osobniczą. Pojęcie śmierci jest obciążone wartościowaniem. Śmierć implikuje myślenie nie tylko w kategoriach biologicznych, medycznych, ale także etycznych, psychologicznych, społecznych, religijnych, prawnych. Stąd płyną trudności w ustaleniu naukowej i neutralnej aksjologicznie definicji śmierci¹⁷, jak też propozycje stosowania różnych definicji śmierci w zależności od konkretnej sytuacji. Przyjęcie kryterium śmierci mózgu pozwala uznać osobę za zmarłą, mimo że z uwagi na nadające się do przeszczepu narządy wciąż podtrzymuje się główne funkcje życiowe organizmu. To u wielu ludzi budzi strach i obawy. Czy jest to pewne kryterium śmierci, czy zbyt pochopnie nie orzeknie się o śmierci człowieka, czy nie jest możliwy powrót do życia osoby, u której stwierdzono śmierć mózgu? W badaniach przeprowadzonych przez CBOS w 1997 r. tylko połowa Polaków akceptowała słuszność tego kryterium śmierci¹⁸. Wątpliwości i nieporozumienia wokół kryterium śmierci mózgu, – jak wskazuje Dieter Birnbacher¹⁹ – powstały z winy Harvard University Committee, który w 1968 r. zaproponował to kryterium. Komitet nie potrafił wyjaśnić, czym różni się śmierć mózgu od nieodwracalnej śpiączki ani wskazać, dlaczego pragmatyczne uzasadnienie kryterium śmierci mózgu nie wystarcza, by uznać je za wystarczające. Zdaniem Birnbachera kryterium śmierci mózgu nie zmieniło definicji śmierci jako nieodwracalnej utraty świadomości i kontroli ośrodkowego układu nerwowego. Z racjonalnego punktu widzenia, sądzi Birnbacher, nie mamy powodów odrzucać kryterium śmierci mózgu, choć pozostaje problem, czy w delikatnej kwestii śmierci większość ma prawo narzucać pozostałym swoje zdanie w tej sprawie.

Do najbardziej typowych dawców *ex mortuo* należą ofiary wypadków, samobójcy, ludzie zmarli na skutek wylewu lub rozległego tętniaka. W wielu krajach obowiązuje tzw. zgoda domniemana – jeśli za życia ktoś nie wyraził sprzeciwu na pobranie po jego śmierci organów, to uznaje się, że nie miał nic przeciwko temu (w Polsce także przyjęto taką zasadę). W niektórych krajach wymagana jest zgoda bezpośrednia (USA, Anglia, Francja – w dokumencie, np. w prawie jazdy, w odpowiedniej rubryce zaznacza się zgodę lub sprzeciw na pobranie organów do przeszczepu). W Austrii i w Belgii lekarz decyduje o wykorzystaniu narządów zmarłego. Pojawia się tu wiele pytań: Do kogo należą zwłoki ludzkie? Kto ma prawo je zawłaszczać?²⁰ Czy oczekiwanie na cudzą śmierć i czerpanie korzyści z cudzej śmierci nie jest

¹⁷ A. Szczęsna: *Wokół medycznej definicji śmierci*. W: *Umierać bez lęku...*, gdzie wyjaśniono różnicę między definicją, kryterium a testami śmierci; A. Ostrowska: *Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa*. Warszawa 1997.

¹⁸ A. Ostrowska: *Śmierć w doświadczeniu...*, s. 65.

¹⁹ D. Birnbacher: *Etyczne zagadnienia transplantacji*. „Etyka” 1997, nr 30, s. 139.

²⁰ *Zawłaszczanie zwłok ludzkich*. Red. A. Wiekłuk. Kraków 1996.

wystarczającym powodem, by potępić transplantacje jako moralnie złe i niegodne człowieka?

Kościół katolicki uznaje pośmiertną donację narządów za czyn będący wyrazem miłości bliźniego i poczucia wspólnoty, przejaw „kultury życia”²¹, choć jednocześnie zaznacza, że pobieranie narządów ze zwłok musi uwzględniać dyspozycje, jakie pozostawił zmarły, życzenia jego rodziny, uwarunkowania kulturowe, szacunek dla zwłok. Dar powinien być bezinteresowny, dobrowolny. Można dyskutować, czy uznać przekazywanie swoich narządów po śmierci za obowiązek moralny, czy za decyzję osobistą podejmowaną według własnego uznania.

Odwołanie się do zasady solidarności międzyludzkiej oraz do użyteczności transplantacji (służą przecież ratowaniu i przedłużaniu życia) może być podstawą do uznania przekazywania narządów po śmierci za obowiązek moralny. Z drugiej strony, nawet jeśli przyjmiemy moralne zobowiązanie do bycia dawcą, społeczeństwo nie może domagać się dawstwa czy rościć sobie pretensji do zawłaszczania zwłok ludzkich. Dar może być tylko obowiązkiem moralnym, a nie prawnym. Odmowa człowieka, by był dawcą po śmierci, musi być brana pod uwagę. W przeciwnym wypadku wolę zmarłego dotyczącą jego majątku traktowalibyśmy z większym szacunkiem niż jego wolę w dysponowaniu własnym ciałem. Pośmiertne dawstwo narządów jest zazwyczaj rozstrzygane w aspekcie dwóch zasad – zasady autonomii i zasady użyteczności²².

Jeśli za ważniejszą uznamy **zasadę autonomii**, to kwestię dawstwa pośmiertnego narządów możemy uregulować w dwojaki sposób: 1) pobierać do transplantacji narządy tylko od tych, którzy uprzednio wyrazili zgodę w postaci oświadczenia pisemnego lub ustnego, 2) wprowadzić procedurę obowiązkowego dokumentowania swojego stosunku do pośmiertnej donacji narządów. Oba rozwiązania gwarantują, że wola zmarłego zostanie uwzględniona (jest to zgoda bezpośrednia). Rodzina czy bliscy nie mają prawa weta, nie są właścicielami zwłok. Korzyścią takiego rozwiązania jest także spokój rodziny w żałobie. Wadą jest to, że oba sposoby grożą biurokratyzacją (konieczność deklaracji), zmuszają ludzi do trudnych decyzji, grożą małą liczbą ofiarowanych narządów.

Jeśli za ważniejszą uznamy **zasadę użyteczności**, pojawią się większe możliwości regulacji donacji. W sytuacji, gdy zmarły nie pozostawił żadnej pisemnej czy ustnej deklaracji woli, pobranie narządów ze zwłok byłoby dozwolone, gdy: 1) jest prawdopodobne, że zmarły nie wyraziłby sprzeciwu, a rodzina wyraża zgodę (zgoda silna), 2) wola zmarłego jest nieznana,

²¹ Jan Paweł II: *Podarować część siebie* (fragment przemówienia do uczestników kongresu transplantologicznego). „W drodze” 1997, nr 1 (281).

²² D. Birnbacher: *Etyczne zagadnienia transplantacji*. „Etyka” 1997, nr 30, s. 141.

ale rodzina wyraża zgodę (zgoda słaba), 3) wola zmarłego jest nieznana, ale rodzina nie sprzeciwia się pobraniu narządów (brak sprzeciwu), 4) wola zmarłego jest nieznana, a kontakt z rodziną czy bliskimi jest niemożliwy (nagły przypadek), 5) wola zmarłego jest nieznana, bez warunku zgody lub braku sprzeciwu rodziny (*contracting-out*). We wskazanych opcjach mamy do czynienia ze zgodą domniemaną. Opcja 3., sędzi Birnbacher, może najlepiej służyć zaspokojeniu zapotrzebowania na narządy do przeszczepów, jednocześnie respektuje wolę rodziny. Nie należy jednak przeceniać szans na wzrost liczby narządów – wielu ludzi czuje niechęć do transplantacji i skorzysta z prawa odmowy, nawet w społeczeństwach, gdzie szeroko dyskutuje się o problemach medycznych udokumentowanie zgody lub odmowy człowieka na pośmiertne dawstwo narządów może być utrudnione.

Można zgodzić się z poglądem, że transplantologia spowodowała przewartościowanie podejścia do zwłok – nie są one już nietykalne, podchodzi się do nich pragmatycznie, stają się rzeczą włączoną do obrotu handlowego, własnością społeczną lub państwową. Przeciwno takim tendencjom zdecydowanie oponował Bogusław Wolniewicz, widząc w wykorzystaniu zwłok do transplantacji znamiona upadku kultury i nie wahał się porównać transplantacji do nowoczesnego ludożerstwa, kanibalizmu²³. Lekarz Leon Manteuffel na konferencji poświęconej transplantacji serca uznał, że transplantacje nie są dobrym kierunkiem rozwoju medycyny, a sama myśl o przeszczepianiu serca budzi w nim odrazę: „[...] odczuwam po prostu w tej metodzie poniżenie godności ludzkiej. Czy naprawdę trzeba żyć za wszelką cenę?”²⁴

W dyskusjach o transplantacjach ze zwłok mało uwagi poświęca się biorcom narządu. Jak wskazuje Jerzy Kopania, jest to problem pomijany w dyskusji, a zasługuje on na większą uwagę²⁵. Pacjent oczekujący na pojedynczy narząd pochodzący ze zwłok, oczekuje na ten konkretny narząd (serce, wątrobę), tym samym oczekuje na śmierć człowieka, od którego ten narząd będzie pobrany. Czy ta sytuacja nie pozwala uznać transplantacji ze zwłok jako niegodnej człowieka?²⁶ Człowiek oczekujący na przeszczep

²³ B. Wolniewicz: *Neokanibalizm*. W: Idem: *Filozofia i wartości*. Warszawa 1993, s. 259–263.

²⁴ Wypowiedź publikowana w: *W kręgu życia i śmierci. Moralne problemy medycyny współczesnej*. Red. Z. Szawarski. Warszawa 1987, s. 298–299.

²⁵ Na ten sam problem zwróciła uwagę M. Ossowska w artykule *Obce serce* („Kurier Polski” 1968, nr 50; przedruk w: M. Ossowska: *O człowieku, moralności i nauce. Miscellanea*. Warszawa 1983), uczyniła to jednak na marginesie wypowiedzi.

²⁶ J. Kopania: *Niemoralny aspekt transplantacji*. „W drodze” 1997, nr 1 (281). Idem: *Transplantacje – oznaka nowej moralności*. „Kwartalnik Filozoficzny” 1999, T. 27; Idem: *Etyczny wymiar cielesności*. Kraków 2002. Do stanowiska J. Kopani nawiązuje M. Nowacka: *Terapia transplantacyjna, czyli oczekiwanie na użyteczną śmierć*. „Archeus. Studia z Bioetyki i Antropologii filozoficznej”. 2000, T. I oraz w książce *Etyka a transplantacje*. Warszawa 2003.

z dawcy zmarłego nie musi uświadamiać sobie, że oczekuje na śmierć drugiego człowieka. Będąc w sytuacji skrajnej, może nie dostrzegać, że jego nadzieja na przeżycie jest związana z nadzieją na cudzą śmierć, może to wypierać ze swojej świadomości. Ludzka chęć przeżycia, nawet kosztem obniżenia jego jakości, okazuje się mocniejsza od rozterek moralnych. Nie zmienia to jednak tego, że praktyki transplantacyjne mają aspekt niepokojący moralnie, wiążą się z oczekiwaniem (pacjenta, jego rodziny, lekarzy) na cudzą śmierć, co należy uznać za niegodne człowieka. Nie oznacza to jednak potępienia lekarzy transplantologów i pacjentów oczekujących na transplantację. J. Kopania i M. Nowacka uznają, że niemożliwa jest rezygnacja z terapii, która stała się rutynowa, nie mamy też prawa domagać się od ludzi postaw heroicznych – rezygnacji z zabiegu ratującego ich życie. Trzeba jednak zdać sobie sprawę, że medycyna transplantacyjna jest zapowiedzią zmian w moralności – wpływa na to, byśmy zaakceptowali takie metody terapii, które obecnie trudne są do wyobrażenia i oceny etycznej.

Przeszczepy z ciał żywych

Wśród żywych dawców krwi, skóry, szpiku kostnego, fragmentu wątroby, płuc znajdują się dawcy nerek. Nerka jest organem parzystym, można ją przeszczepiać bez utraty życia dawcy. Pojawia się pytanie: Czy dawca powinien ryzykować osłabienie zdrowia dla ratowania innej osoby, czy są sytuacje, gdy dawca ma moralny obowiązek oddania własnej nerki innemu (dziecku, żonie)? Przeszczep organów z dawcy żywego prowadzi do okaleczenia zdrowego człowieka w celu ratowania chorego. Problem ten znany jest w etyce jako zasada integralności (całościowości)²⁷. Transplantacje z ciał żywych prowadzą do naruszenia integralności zarówno osobowości dawcy, jak i biorcy (chodzi tu o naruszenie harmonii organizmu zdrowego, okaleczenie człowieka zdrowego jest dyktowane zamiarem niesienia dobra dla biorcy, ale nie zmienia to tego, że jest to okaleczenie i narażenie dawcy na ryzyko utraty zdrowia).

Zasada integralności znalazła wyraz m.in. w encyklice *Casti connubii* (1930) i wypowiedziach Piusa XII. Początkowo wykluczał on transplantację organów żywego dawcy (uzasadniano to służebną rolą organu wobec organizmu, z którym jest on pierwotnie związany), potem uznał, że zasada integralności poszerzona o zasadę solidarności i miłości bliźniego pozwala

²⁷ R. Tokarczyk: *Prawa narodzin, życia i śmierci*. Kraków 1997, s. 94–95; S. Kornas: *Współczesne eksperymenty medyczne w ocenie etyki katolickiej*. Częstochowa 1986, s. 207–211.

zezwoić na przekazywanie przez zdrowego człowieka narządu parzystego chorej osobie. Szkoda fizyczna dozwolona jest ze względu na osiąganą korzyść duchową. Taka interpretacja zasady integralności spotkała się z aprobatą środowisk lekarskich

Współczesna teologia protestancka uznaje, że transplantacja nie jest czynem złym, wymaga jednak, by w konkretnych sytuacjach rozważyć proporcje między dobrem obu stron (dawcą i biorcą) w wymiarze fizycznym i duchowym. Jeśli dawca dobrowolnie oddaje organ w imię miłości bliźniego, to zasada integralności nie jest naruszona. Nie ma tu jednak pełnej jednomyślności. Etyk i teolog Paul Ramsey uznawał, iż zasada całościowości nie pozwala usprawiedliwić przeszczepiania narządów od żywego dawcy i że naruszenie tej zasady może doprowadzić do czegoś ohydneho, do pobierania serca od żyjących dawców („do medycyny pozbawionej moralności w społeczeństwie także nie znającym zasad moralnych”²⁸). Także judaizm akceptuje transplantacje od żywego dawcy pod warunkiem, że szansa ocalenia życia biorcy jest większa od ryzyka utraty zdrowia i życia dawcy. Tę zgodność poglądów w kwestii interpretacji zasady całościowości i przyzwolenie na pobieranie narządów od żywych dawców (także wśród moralistów religijnych) Ramsey tłumaczył obecnością kartezjańskiego dualizmu oraz jego dominacją w mentalności współczesnych ludzi: „Nasza kultura jest gotowa do technokratyzacji życia cielesnego i do uczynienia z ciała zbioru części [...]; gotowa jest także do nadania nazwy »skierowania ludzkości ku Bogu« temu, co lepiej i bardziej wyczerpująco można określić, posługując się świecką terminologią, jako parcie naprzód postępu technicznego. Dlatego wykorzystanie serca żyjącego dawcy będzie może uważane za właściwe zarządzanie lub kierowanie przez człowieka swoim życiem organicznym.”²⁹

Nawet jeśli zgodzimy się na taką interpretację zasady integralności, która dopuszcza dawstwo narządu przez osobę zdrową, pod warunkiem że jest to dar dobrowolny, bezinteresowny i nie stanowi dla dawcy zagrożenia jego życia (choć może się wiązać z uszczerbkiem na zdrowiu), to i tak nie wyeliminujemy wszystkich wątpliwości moralnych, jakie tu mogą się pojawić. Pobranie narządu od żywego dawcy rozgrywa się między trzema osobami: **lekarzem, dawcą, biorcą**. **Lekarz** może mieć obawy, że narusza zasadę nieszkodzenia i zasadę dobroczynności. Eksplantacja narządu od żywego człowieka na pewno ujemnie wpływa na jego zdrowie, choć bezpośrednio nie powoduje jego zgonu. Wprawdzie ryzyko śmierci z powodu ofiarowania nerki wynosi 0,05% i jest porównywalne z ryzykiem, jakie ponosi ktoś, kto codziennie dojeżdża do pracy samochodem na odległość 20

²⁸ P. Ramsey: *Pacjent jest osobą*. Warszawa 1977, s. 228.

²⁹ Ibidem, s. 226.

km, nie zmienia to faktu, że jest ono spowodowane działaniem lekarza. Pionier transplantacji nerek w Polsce prof. J. Nielubowicz przyznał: „Pobieranie przeszczepów od żywych dawców było dla mnie bardzo trudnym momentem psychologicznym. Wątpliwości moje usunęło dopiero uświadomienie sobie, że ofiarowanie nerki można porównać do innych czynów uważanych za szlachetne.”³⁰ Lekarz godząc się na krzywdę wyrządzoną dawcy, uzasadnia to wyborem mniejszego zła bądź zrealizowaniem jakiegoś większego (w porównaniu ze zdrowiem) dobra dawcy (ofiarności, wolności). W transplantologii, jak wskazuje E. Klimowicz³¹, pojęcie dobra oraz krzywdy dawcy nabrało szerszego znaczenia, obejmuje treści psychologiczne i moralne. Krzywda nie jest spowodowana do uszczerbku fizycznego, dobro nie oznacza zachowania zdrowia, lecz realizację hierarchii wartości dawcy. To dawca podejmuje decyzję i ponosi za nią odpowiedzialność. Lekarzowi stwarza to komfort psychiczny – lekarz staje się wykonawcą woli dawcy, postępuje zgodnie z zasadami deontologii lekarskiej, bo realizuje dobro (subiektywne) dawcy i dobro biorcy (ratuje mu życie, przeszczepiając podarowany organ). Można także dowodzić, że lekarz nie narusza zasady *salus aegroti suprema lex*, gdy termin *salus* przetłumaczymy na „życie”, a nie „zdrowie”. Taką swobodną interpretację można spotkać coraz częściej – przesunięcie akcentu z wartości zdrowia na wartość życia jest znamienne dla współczesnej deontologii lekarskiej³². Lekarz współczesny, w przeciwieństwie do lekarza antycznego, jest przede wszystkim strażnikiem życia. Troska o zdrowie schodzi na dalszy plan. To przewartościowanie nastąpiło pod wpływem rozwoju technik ratowania i przedłużania życia. Dawniej lekarz był bezradny w sytuacjach ostatecznych, by działać skutecznie, ograniczał się do ochrony zdrowia. Dzisiaj, pod wpływem nadziei na pokonanie konieczności (śmierci, starości, choroby), ludzie chcą żyć za wszelką cenę. Widać to także w transplantacji z ciał żywych dawców – ratuje się życie kosztem zdrowia dawcy, a jakość życia biorcy ma często mniejsze znaczenie od samego przedłużenia życia. Sytuacja taka grozi tym, że zdrowie dawcy będzie traktowane wyłącznie instrumentalnie, co może prowadzić do nadużyć czy sytuacji, o której z odrazą pisał Ramsey. Lekarz w swej działalności nie może kierować się wyłącznie względami pragmatycznymi. Dlatego, pomimo braku jednomyślności w wielu kwestiach, etycy, prawnicy, lekarze, filozofowie zgadzają się, że przeprowadzając transplantacje, należy kierować się następującymi zasadami:

³⁰ Wypowiedź na konferencji poświęconej przeszczepom serca w: „Etyka” 1969, nr 4, s. 31.

³¹ E. Klimowicz: *Moralne aspekty pobierania narządów do transplantacji*. W: *Nowoczesność i tradycja. Studia etyczne i estetyczne*. Red. T. Szkołuta. Lublin 1995, s. 216–218.

³² Zwraca na to uwagę Z. Szawarski: *Dwa modele etyki medycznej*. W: *W kręgu życia i śmierci...*; E. Klimowicz: *Moralne aspekty pobierania narządów...*, s. 210–214.; J. Kopania: *Transplantacje – oznaka...*, s. 149.

1. Tam, gdzie można, trzeba w pierwszej kolejności zastosować organ sztuczny lub od dawcy zmarłego, a nie od dawcy żywego.

2. Oddawanie organów po śmierci jest bardziej pożądane niż dysponowanie organami zmarłego bez jego zgody na podstawie decyzji osób trzecich.

3. Zgoda dawcy winna być świadoma, bez przymusu środowiska, rodziny, względów handlowych.

4. Transplantacja winna być podejmowana tylko pod warunkiem uzasadnionej nadziei sukcesu klinicznego i akceptowanego celu terapeutycznego.

5. Moment śmierci dawcy ma określać inny zespół lekarzy niż ten, który przeprowadza transplantację,

6. Biorca powinien być poinformowany (także dawca żywy) o prawdopodobnych skutkach transplantacji.

Przyjrzyjmy się teraz sytuacji **dawcy**. Ze względów medycznych do najbardziej odpowiednich dawców należą: rodzeństwo (najlepiej bliźnięcie), rodzice i dzieci. Sama deklaracja dawstwa nie wystarcza, by ją przyjąć. Trzeba ustalić, na ile jest to autonomiczna decyzja, na ile zaś efekt presji wywieranej przez otoczenie. Im silniejsza presja wywierana na dawcę, tym bardziej wątpliwa jest dobrowolność. Sama możliwość dokonania przeszczepu może stawiać dawcę w sytuacji przymusu – człowiek nie odczuwałby powinności bycia dawcą, gdyby zabieg transplantacji nie był technicznie możliwy lub gdyby był zakazany. Wielu potencjalnych dawców przeżywa dylematy związane z niechęcią, by być dawcą (strach o swoje zdrowie i życie) oraz poczuciem powinności ratowania kogoś bliskiego. W wypadku odmowy dawstwa mogą pojawić się konflikty w rodzinie, jak i poczucie winy, że nie stanęło się na wysokości zadania. Stąd na lekarzy spada obowiązek rozeznania w sytuacji dawcy, ustalenia, na ile jego decyzja jest dobrowolna. Jeśli okaże się, że ochotnik jest pod presją otoczenia, ma skłonności depresyjne bądź waha się, jego oferta powinna zostać odrzucona przez lekarzy pod pozorem „przyczyn natury medycznej”³³.

Sytuacja **biorecy** organu również jest trudna, choć w dyskusjach często pomijana³⁴. Sama świadomość heroizmu czynu dawcy, ludzka potrzeba odwzajemnienia się z jednoczesnym poczuciem, że jest to niewykonalne, może wyzwolić u biorecy zbyt silne poczucie obowiązku odwdzięczenia się za doznany akt ofiarności. Sytuację tę określa się jako „tyranię daru”. Silna chęć wyrażenia wdzięczności może doprowadzić do nienaturalnego emocjonalnego powiązania między biorcą i dawcą. Dzieje się tak nawet wtedy, gdy dawca nie jest spokrewniony z biorcą i gdy otrzymał organ w drodze transakcji³⁵.

³³ P. Ramsey: *Pacjent jest...*, s. 204.

³⁴ M. Nowacka: *Sytuacja moralna biorecy organu od dawcy żyjącego*. „Sztuka Leczenia” 2002, T. 8, nr 1, s. 53–57; Eadem: *Etyka a transplantacje*. Warszawa 2003, s. 173–189.

³⁵ Ibidem, s. 54.

U podłoża tego leży przekonanie, że wraz z przeszczepionym narządem otrzymało się jakąś część dawcy, która zintegrowała się z osobowością biorcy i wpływa na jego obecne życie. To często utrudnia rehabilitację ludzi leczonych z wykorzystaniem transplantacji. Tyrania daru może się ujawnić w sposób mocny, gdy biorca otrzymał organ od żyjącej, bliskiej mu osoby, np. członka rodziny. Wtedy i dawca, i biorca, oprócz silnych więzów emocjonalnych, mogą nawzajem ingerować w sposób życia (dawca w trosce o stan swojego podarowanego narządu, biorca w trosce o stan zdrowia swojego darczyńcy). Czy należałoby wymagać od biorcy, by był zdolny ocenić, czy w ogóle może przyjąć dar z uwagi na stan psychiczny dawcy? pyta M. Nowacka. Chyba nie, zważywszy, że znajduje się w sytuacji śmiertelnego zagrożenia, trudno oczekiwać, by miał zdolność trzeźwego osądu sytuacji. Nie można też żądać, by przyjął postawę heroiczną i zrezygnował z ofiarowanego narządu („Lepiej umrę niż miałbym przeżyć kosztem pogorszenia jakości życia dawcy”). W takiej sytuacji nie można podać jednej słusznej reguły postępowania, tym bardziej że sami nie wiemy, jaką decyzję podjęlibyśmy w podobnej sytuacji.

Wątpliwości, jakie dotyczą transplantacji z dawców zmarłych i żywych, nie muszą prowadzić do ich moralnego potępienia i uznania, że jest to ślepy zaulek medycyny – duże znaczenie ma tu fakt, że transplantacje, pomimo licznych zastrzeżeń, zostały uznane za rutynowy sposób ratowania życia ludzkiego. Ludzie ufający w nieustanny postęp medycyny sądzą, że wraz z wynalezieniem dobrych sztucznych organów lub możliwością hodowli narządów i tkanek większość dyskutowanych tu problemów przejdzie do historii medycyny.

Transplantacje a prawo

Najwięcej transplantacji dokonuje się w USA, tam też najwcześniej uregulowano tę sprawę prawnie³⁶. W prawie powszechnym USA nikt nawet dobrowolnie nie może godzić się na niebezpieczeństwo własnej śmierci ani utratę organu – legalne są tylko te transplantacje, które nie grożą utratą życia i zdrowia. We wszystkich 50 stanach amerykańskich obowiązuje „*Jednolity akt darów anatomicznych*” zatwierdzony w 1968 r. Reguluje on zasady pobierania narządów od osób zmarłych – każda zdrowa umysłowo osoba powyżej 18 lat może ofiarować każdą część swoich zwłok każdemu szpi-

³⁶ R. Tokarczyk: *Prawa narodzin...*, s. 95–97.; M. Nesterowicz: *Prawo medyczne*. Toruń 1998, s. 140–145.

talowi, szkole medycznej, bankowi organów, lekarzowi na użytek badań medycznych lub transplantacji. Dar może być przyjęty na podstawie (ustnie lub pisemnie) wyrażonej woli dawcy podpisującego akt w obecności dwóch świadków. W sytuacji, gdy dawca nie może wyrazić swojej woli darowizny, może to uczynić w jego imieniu najbliższa rodzina.

Wcześniejsza zgoda dawcy była wymagana w Wielkiej Brytanii. W niektórych krajach: Francja, Szwecja, Dania, Norwegia, Urugwaj, gromadzi się organy ze zwłok ludzkich pobierane bez zgody. Niektórzy etycy i prawnicy krytykują taką praktykę jako naruszenie uprawnień jednostki do przesądzenia o tym, co powinno stać się z jej zwłokami. Oficjalnie potępia się i zabrania handlu organami – ale zasada ta jest łamana, o czym świadczy istnienie podziemia transplantacyjnego. W sytuacji dużego zapotrzebowania na organy do przeszczepu pojawiają się głosy, by zalegalizować handel ludzkimi organami³⁷. Do racji przemawiających za urynkowaniem dystrybucji narządów zalicza się:

- przekonanie, że handel organami może przynieść korzyść i biednym, i bogatym (dla biednego pogorszenie zdrowia jest mniej znaczące od korzyści finansowej, dla bogatego poprawa zdrowia jest więcej warta od pieniędzy),
- uznanie, że handel zmniejszy nierówności społeczne, bo zmniejszy przepaść między najbiedniejszymi i najbogatszymi,
- uznanie, że ciało jest naszą własnością i możemy nim swobodnie dysponować.

Przeciwko komercyjnemu nabywaniu narządów przemawia to, że:

- uczynienie z narządów towaru jest sprzeczne z egalitarną koncepcją opieki zdrowotnej,
- kupowanie narządów od krajów najuboższych będzie aktem wyzysku, wykorzystaniem opłakanej sytuacji ludzi,
- komercyjny handel może prowadzić do nadużyć i praktyk kryminalnych,
- istnieją granice swobody człowieka w dysponowaniu własnym ciałem, nie każda decyzja, nawet autonomiczna i dobrowolna, może być uszanowana.

D. Birnbacher uważa, że na odrzucenie komercjalizacji nabywania narządów większy wpływ mają względy pragmatyczne niż etyczne – komercjalizacja jeszcze bardziej zmniejszyłaby społeczną akceptację praktyk transplantacyjnych, zmniejszyłaby wolę dawstwa pośmiertnego i ograniczyła poparcie dla ustawodawstwa, które zezwalałoby na pobieranie narządów z ciał zmarłych bez zgody.

W Polsce do 15.01.1992 r., kiedy weszła w życie ustawa o zakładach opieki zdrowotnej, transplantacje nie były prawnie regulowane. Ta ustawa otwierała możliwości kompleksowego unormowania tej kwestii. Na wzór francuski wprowadzono zasadę zgody domniemanej dawcy – dopuszczano

³⁷ D. Birnbacher: *Etyczne zagadnienia transplantacji*. „Etyka” 1997, nr 30, s. 146–148.

pobranie narządu ze zwłok pod warunkiem, że dawca za życia nie wyraził sprzeciwu. Ustawa z 26.10.1995 r. („O pobieraniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów”) jeszcze dokładniej ustala okoliczności i warunki przeprowadzania transplantacji. Utrzymano zasadę zgody domniemanej, przewidziano wprowadzenie wpisu sprzeciwu pobrania narządów do centralnego rejestru sprzeciwów, przyjęto kryterium śmierci mózgu jako moment dopuszczający transplantacje, pobieranie komórek, tkanek, ustalono zasady pobierania narządów od dawców żywych (w tym nieletnich), zalegalizowano przeszczepy komórek, tkanek i narządów pochodzenia zwierzęcego, zakazano handlu transplantami.

Inżynieria genetyczna

Podstawowe pojęcia

Pojęcie „inżynieria genetyczna” coraz częściej pojawia się w dyskusjach o możliwościach ingerencji człowieka w biologiczną naturę gatunku ludzkiego. Skala tych ingerencji budzi często obawy, iż nauka przestała być odkrywaniem praw natury, a stała się narzędziem manipulacji i wykorzystania znajomości praw do doraźnych interesów. Mówiąc inaczej, postęp nauk biomedycznych zdaje się potwierdzać, iż dominuje w nim coraz bardziej imperatyw technologiczny („To, co jest technicznie możliwe, musi być wcześniej czy później wykonane”), który dusi w zarodku wątpliwości i rozterki etyczne, aż doprowadzi do braku zasad etycznych w działaniu i stanu „rozumnej amoralności”³⁸.

Inżynierię genetyczną trudno jest zdefiniować³⁹. Najczęściej uważa się, że jest to technika genetyczna łączenia (czyli rekombinacji) poza organizmem fragmentów DNA pochodzących z różnych organizmów, a następnie wprowadzania ich do bakterii lub innych komórek. Określone odcinki DNA odpowiadające pojedynczym genom otrzymuje się przez działanie enzymami albo syntetyzuje chemicznie, a następnie włącza do tzw. wektorów, czyli cząsteczek DNA lub wirusów pozbawionych określonych odcinków własnego DNA, ale zdolnych do replikacji po wprowadzeniu do komórek. W wyni-

³⁸ Tak to określił J. Bernard: *Od biologii do etyki...*, s. 192.

³⁹ W. Kofta: *Podstawy inżynierii genetycznej*. Warszawa 1999, s. 7.

ku replikacji zrekombinowanych wektorów następuje też replikacja włączonego w nie genu (zwana klonowaniem genu), po izolacji wektora otrzymuje się, przez wycięcie z niego, DNA pojedynczego genu, który nadaje się do dalszej analizy. Geny pochodzenia zwierzęcego, roślinnego, ludzkiego mogą w komórkach bakterii lub innych organizmów produkować w znacznych ilościach różne białka enzymatyczne i hormony, co stwarza możliwości produkcji przemysłowej oraz jest wykorzystywane w przemyśle chemicznym, farmaceutycznym. Metody inżynierii genetycznej zostały wykorzystane do wprowadzenia obcych genów do całych organizmów roślinnych i zwierzęcych, co daje nowe możliwości w hodowli zwierząt bądź roślin⁴⁰.

Termin „inżynieria genetyczna” w szerokim znaczeniu to wszelkie metody mające na celu zmiany dziedziczonego materiału istot żywych. Genetyka nie ogranicza się tylko do obserwacji zjawisk dziedziczenia, lecz stara się zmieniać dziedzictwo genetyczne żywych istot. Dzieje się to w następujący sposób:

- przygotowanie materiału genetycznego (genu), by przenieść go do komórki, która ma być przekształcona – w tym celu gen zostaje przyłączony do wektora (przenośnika), którym może być wirus,
- przeniesienie tego molekularnego tworu do komórki biorcy,
- działanie prowadzące do pobudzenia aktywności wprowadzonego genu (w bakterii prowadzi to np. do produkcji ludzkiej insuliny),
- operacje na organizmach wielokomórkowych – wprowadzenie chimery molekularnej (genu + wektora) do zapłodnionej komórki jajowej gospodarza. Obcy gen łączy się i integruje chemicznie z chromosomem jajeczka. Powstały osobnik będzie mieć ten obcy gen także w swoich gametach.

To ostatnie działanie może doprowadzić do zaskakujących zmian, np. wstrzyknięcie do zapłodnionej komórki jajowej myszy genu hormonu wzrostu pozwoliło otrzymać osobniki znacznie przekraczające rozmiarami osobniki normalne.

Nie należy utożsamiać inżynierii genetycznej z biotechnologią. Pojęcie biotechnologii jest szersze, obejmuje wszelkie wykorzystanie organizmów na potrzeby człowieka (wytwarzanie pożywienia, tkanin, lekarstw). Istnienie inżynierii genetycznej datuje się od lat siedemdziesiątych XX wieku, biotechnologia jest stosowana przez ludzi od dawna (udomowienie, krzyżowanie, selekcja zwierząt i roślin). Tradycyjna biotechnologia, choć też prowadzi do zmiany w składzie genetycznym organizmów, różni się od inżynierii genetycznej pod trzema względami: 1) krzyżowane gatunki były ze sobą spo-

⁴⁰ J. Newell: *W roli Stwórcy? Dokąd zmierza inżynieria genetyczna*. Warszawa 1997; M.J. Reiss, R. Straughan: *Poprawianie natury. Inżynieria genetyczna – nauka i etyka*. Warszawa 1977.

krewnione, w inżynierii genetycznej nie ma ograniczeń w przenoszeniu genów, 2) dokonywane zmiany były powolne (trwały lata, dziesięciolecia), metody inżynierii umożliwiają szybkie tworzenie nowych organizmów (kilka tygodni), 3) skala zmian była niewielka, dotyczyła małej liczby gatunków roślin i zwierząt, dzięki inżynierii zmianom genetycznym można podawać różne gatunki, nie tylko te wykorzystywane w rolnictwie.

Początki genetyki nie są zbyt odległe w czasie. Odkrycie zasad dziedziczności przypisuje się Grzegorzowi Mendlowi, XIX-wiecznemu mnichowi działającemu na Morawach, który prowadził badania nad grochem uprawianym w ogródku przyklasztornym. Znaczenie jego prac doceniono dopiero w XX wieku, po odkryciu DNA jako nośnika cech genetycznych. W 1953 r. James Watson i Francis Crick opublikowali pracę, w której sugerowali istnienie DNA w postaci podwójnej helisy (potocznie określanej „podwójną spiralą”). DNA tworzy dwa łańcuchy nukleotydów spojenych ze sobą na zasadzie wzajemnych połączeń, przystających do siebie jak dwie strony zamka błyskawicznego.

Każda żywa komórka zawiera DNA, jednak konkretna charakterystyka cząsteczki jest różna u różnych osobników. Zmienia się kolejność czterech substancji wchodzących w skład DNA. Substancje te (zasady organiczne) oznaczone literami A (adenina), G (guanina), T (tymina), C (cytozyna) można traktować jako alfabet, którym zostaje zapisana informacja genetyczna. Każda konkretna forma DNA może replikować się w każdym żywym organizmie, ponieważ każdy łańcuch podwójnej spirali może stanowić matrycę czy wzorzec chemiczny, z którego daje się odbić pasujący doń drugi łańcuch. To tak jakby dwie części zamka błyskawicznego miały się rozsunąć, a każda z jego części utworzyłaby model części przeciwnej, z którą mogłaby się połączyć, tworząc nowy zamek błyskawiczny identyczny z oryginałem. Nieco innego porównania używał F. Crick: „Oba łańcuchy cząsteczki DNA pasujące do siebie podobnie jak rękawiczka pasuje do dłoni zostają rozdzielone, przy czym dłoń służy jako forma do stworzenia rękawiczki, podczas gdy rękawiczka służy jako forma do stworzenia nowej dłoni. Tak oto otrzymujemy dwie dłonie w rękawiczkach, choć początkowo istniała tylko jedna dłoń w jednej rękawiczce.”⁴¹

Następnym osiągnięciem genetyki było złamanie kodu genetycznego, za pomocą którego DNA przenosi swoją informację, tworząc białka sterujące reakcjami chemicznymi, podtrzymującymi życie wszelkich organizmów. Białka składają się z różnych aminokwasów, a działanie DNA polega na sterowaniu uszeregowaniem poszczególnych aminokwasów, co doprowadza do powstania poszczególnych białek. Istnieje przy tym czynnik pośredniczą-

⁴¹ Cyt. za: P. Singer, D. Wells: *Dzieci z probówki. Etyka i praktyka sztucznej prokreacji*. Warszawa 1988, s. 189.

cy, kwas-poślaniec, kwas rybonukleinowy (mRNA). Cztery zmieniające się substancje znajdujące się w DNA (AGCT) zostają przekształcone w mRNA w różne kombinacje trzech z tych substancji. Można powiedzieć, że język genetyczny składa się ze słów trzyliterowych w czteroliterowym alfabecie. Daje to 64 kombinacje, co wystarcza do określenia 20 aminokwasów, które z ogromnej liczby możliwych wzajemnych kombinacji i uszeregowień tworzą wszystkie białka występujące w żywych organizmach.

Informacja genetyczna człowieka (genom) jest zlokalizowana w 46 chromosomach złożonych głównie z DNA o wielkości około 3 mld par zasad. Większość DNA nie zawiera informacji kodującej określone białka, jedynie kilka procent genomowego DNA zawiera geny ulegające ekspresji (wyrażającej się pojawieniem określonej cechy związanej z syntezą białka). Ich liczba szacowana jest na 50–70 tys. Można przyjąć, że około 90% ludzkiego DNA nie warunkuje przekazywania istotnych cech i informacji. Geny zawarte są w 22 parach chromosomów (autosomów) i 2 chromosomach płci X, Y. Całkowita liczba genów u człowieka wynosi około 64 000–80 000⁴².

W 1988 r. powstała organizacja HUGO (Human Genome Organization), która kieruje projektem poznania ludzkiego genomu. Projekt ten zakłada: skonstruowanie mapy ludzkiego genomu, utworzenie map wszystkich ludzkich chromosomów i chromosomów innych organizmów, np. muszki owocowej, drożdży, nicieni, pałeczki okrężnicy. Przewidywano, że około roku 2005 projekt zostanie zrealizowany. Już w czerwcu 2000 r. ogłoszono, że zakończono pierwszy etap programu – poznano ludzki genom. Jakie będą tego następstwa, trudno przewidzieć. Euforia, jaka zapanowała po ogłoszeniu wyników badań – jak sądzi Z. Zalewski – skłania do refleksji i postawienia zasadniczych pytań: Czy istnieje wzorcowy genom człowieka? Czy nasze genetyczne wyposażenie jest niezmiennie? Czy istnieje teoria wyjaśniająca wpływ genów na sposób funkcjonowania ludzkiego organizmu? Czy determinizm genetyczny i genetyzacja medycyny (przekonanie, że predyspozycjom genetycznym można skutecznie oraz bezpiecznie przeciwdziałać) nie doprowadzą do segregacji i dyskryminacji społecznej? Pytania można mnożyć. Posiadanie dużej wiedzy bez zaplecza teoretycznego grozi niekontrolowanym pędem do stosowania jej jak również sprawdzania metodą prób i błędów. Stąd, wedle Zalewskiego, nadzieje związane z rozwojem genetyki są złudne, zagrożenia zaś realne.

⁴² Na razie doliczono się około 30 tys. genów. Zob. Z. Zalewski: *Mapa ludzkiego genomu – złudne (?) nadzieje i realne (?) zagrożenia*. „Sztuka Leczenia” 2001, nr 1.

Zastosowania

W zależności od organizmu, który podlega modyfikacji genetycznej, można wskazać na cztery główne obszary zastosowań inżynierii genetycznej⁴³:

1. Inżynieria genetyczna mikroorganizmów (bakterie, wirusy, drożdże, jednokomórkowe glony i pierwotniaki) doprowadziła do produkcji insuliny ludzkiej oraz hormonu wzrostu, szczepionek, dodatków spożywczych, składników enzymatycznych proszków do prania; znajduje zastosowanie przy produkcji żywności, zwalczaniu szkodników owadzych, ochrony roślin przed mrozem.

2. Inżynieria genetyczna roślin pojawiła się kilka lat później w stosunku do inżynierii genetycznej mikroorganizmów. Przyczyną były trudności związane z wprowadzaniem obcego DNA do komórek roślinnych oraz dłuższy czas generacji roślin. Modyfikacja genetyczna roślin jest stosowana w celu wytworzenia roślin odpornych na szkodniki (np. kukurydza z genem bakteryjnym wytwarzającym substancje owadobójcze), roślin odpornych na herbicydy, produkcję roślin o pożądanych cechach (np. twardego pomidora dzięki wprowadzeniu genu bakteryjnego, niezamarzającego ziemniaka dzięki wprowadzeniu genu arktycznej ryby).

3. Inżynieria genetyczna zwierząt jest stosowana w celu wytworzenia transgeniczných zwierząt służących do:

- produkcji ludzkich substancji (owca czy krowa z genem ludzkim wytwarzającym antytrypsynę α_1 (AAT), stosowana w leczeniu rozedmy płuc, czy laktoferynę, białko wspomagające obronę niemowlaka przed infekcjami),
- testowania chorób człowieka (transgeniczne myszy i szczury służące do modelowania chorób ludzkich, np. mukowiscydozy, dystrofii mięśniowej, nowotworów, nadciśnienia, choroby Alzheimera),
- hodowli narządów do przeszczepów dla człowieka (trwają eksperymenty z hodowlą świń, których narządy zawierające ludzkie białka nie będą odrzucane przez organizm biorcy),
- uszlachetniania i zwiększenia produkcji zwierząt hodowlanych (uodpornienie ich na choroby, pasożyty, ograniczenie możliwości odczuwania bólu czy pozbawienie cech – np. pozbawienie indyczek odruchu wysiadywania jajek w celu wzrostu nośności).

4. Inżynieria genetyczna człowieka, czyli modyfikacja materiału genetycznego w niektórych lub wszystkich komórkach organizmu ludzkiego, stosowana jest w celach terapeutycznych i doskonalących⁴⁴. Zwykle, za

⁴³ M.J. Reiss, R. Straughan: *Poprawianie natury. Inżynieria genetyczna...*

⁴⁴ Ścisłe oddzielenie terapii od ulepszania jest trudne, na co wskazywałam w rozdz. V.

W. Frenchem Andersonem⁴⁵, przyjmuje się cztery kategorie interwencji genetycznych: 1) terapię genetyczną komórek somatycznych, polegającą na zmianie zapisu genetycznego, 2) terapię genetyczną linii rozrodczej (*germ-line*) polegającą na zmianie zapisu genetycznego wczesnego zarodka lub komórek rozrodczych, 3) doskonalącą inżynierię genetyczną, wzmocnienie genetyczne polegające na udoskonaleniu cechy organizmu przez wprowadzenie np. hormonu wzrostu, 4) eugeniczną inżynierię genetyczną polegającą na zmianie lub ulepszeniu kompleksu cech (inteligencji, charakteru).

Poza tym wiedza z zakresu inżynierii genetycznej znajduje zastosowanie w tzw. daktyloskopii genetycznej (ustalenie sprawców przestępstwa, analiza pokrewieństwa między osobami), genetycznych testach medycznych służących wykryciu nosicieli chorób genetycznych lub ustaleniu genetycznego podłoża wystąpienia chorób.

Z uwagi na duży obszar zastosowania inżynierii genetycznej i charakter ingerencji w procesy życia dyscyplina ta jest przedmiotem wielu dyskusji. Entuzjaści postępu naukowego powołują się na niewątpliwe korzyści płynące z technologii genetycznej, nie dostrzegają niekorzystnych konsekwencji bądź bagatelizują je. Przeciwnicy, wywodzący się z ruchów ekologicznych, feministycznych, religijnych traktują technologię genetyczną jako złą, naruszającą ład, porządek natury, zagrażającą istnieniu świata. Istnieją także zwolennicy takiego określenia aksjologicznych priorytetów postępu naukowego, by nie zamykać drogi rozwoju współczesnych technologii i jednocześnie nie przyznawać badaczom całkowitej autonomii⁴⁶. Priorytety te mają wyznaczać etyka odpowiedzialności oraz troski nakazująca respektować życie ludzkie wraz z jego ułomnością, przemijalnością, naturalnymi ograniczeniami (starość, choroba, śmierć) i otwartością (nie można i nie trzeba go zaplanować, zbilansować ani poznać jego przyszłości).

Etyczne aspekty poznania ludzkiego genomu

Tworzenie nowych form życia uznawano za przywilej bogów. Marzenie o odkryciu tego sekretu jest dawne, równie dawne są obawy, że realizacja tego marzenia może się zmienić w koszmar (np. powieść Mary Shelley o Frankensteinie, uczonym, który odkrył sekret tworzenia życia, jednak nie-

⁴⁵ B. Chyrowicz: *Dylematy ucznia czarnoksiężnika*. „Znak” 1996, nr 12; Eadem: *Bioetyka a ryzyko*. Rozdz. I § 5. Lublin 2000.

⁴⁶ E. Bischofberger: *Biologia jako pogląd na życie*. „Znak” 1996, nr 12, s. 13–16; K. Szewczyk: *Dobro, zło i medycyna. Filozoficzne podstawy bioetyki kulturowej*. Rozdz. 8. Warszawa–Łódź 2001.

chcący stworzył potwora). Część naukowców, w tym biologów będących pionierami w badaniach DNA (np. biolog Erwin Chargaff), podzielają obawy autorki opowieści o Frankensteinie. Sądzą, iż ciekawość ludzka może zaprowadzić nas za daleko, że istnieje wiedza, której nie powinniśmy zdobywać.

Pamiętając o losach Frankensteina, większość ludzi patrzy podejrzliwie na uczonych próbujących tworzyć nowe formy życia. W 1980 r. badania opinii publicznej w USA wskazywały, że większość Amerykanów nie chce poddawać nauki żadnym ograniczeniom z wyjątkiem prób tworzenia nowych form życia (2/3 było przeciwne jakimkolwiek badaniom naukowym w tym kierunku)⁴⁷.

Istnieje także inny punkt widzenia, dostrzegają go Singer i Wells. Skoro tworzenie nowych form życia ma być atrybutem boskim, to czy istnieje bardziej szczytny cel ludzkich dążeń? Podobnie jak Prometeusz, mityczny Grek, który bogom wykrał tajemnicę ognia, może i my powinniśmy zrobić to samo? Inaczej mówiąc, można zapytać, czy powinniśmy się zgadzać na grę przypadku w genetyce i na ślepe siły ewolucji, mając szansę zdobycia kontroli nad siłami, które nas stworzyły? Trzeba jednak pamiętać o tym, że technologia genetyczna może mieć różne konsekwencje, nie tylko korzystne, dobre. Możliwe konsekwencje poznania ludzkiego genomu to⁴⁸:

1. Terapia genetyczna – polega na wprowadzaniu do organizmu genu prawidłowego zamiast uszkodzonego lub brakującego. Na początku wydawało się, że będzie ona wykorzystana w chorobach genetycznie uwarunkowanych. Obecnie rozważa się możliwość leczenia genami AIDS chorób nowotworowych, schorzeń układu krążenia czy chorób wieloczynnikowych (Alzheimera, Parkinsona, schizofrenii). Chociaż terapia genowa znajduje się w początkowym stadium rozwoju – ma bardziej charakter eksperymentalny niż terapeutyczny – nie odnotowano tu większych sukcesów klinicznych, jednak w przyszłości może stać się powszechną oraz skuteczną formą leczenia i zapobiegania chorobom.

2. Diagnostyka przedobjawowa – rozpoznanie chorób o podłożu genetycznym, które ujawniają się późno, np. płasawica Huntingtona (śmiertelna w 100%, pierwsze objawy występują w 30.–40. roku życia). Pojawia się kwestia, komu przekazywać takie informacje – osobie zainteresowanej, rodzicom, narzeczonemu, księdzu mającemu udzielić ślubu, pracodawcy, firmie ubezpieczeniowej?

3. Wykrywanie nosicieli genów patologicznych w chorobach uwarunkowanych jednogеноwo (np. muskowiscydoza, fenyloketonuria). Rozpoznanie nosicielstwa genów z defektem pozwoliłoby na leczenie zapobiegawcze lub podjęcie terapii genetycznej.

⁴⁷ P. Singer, D. Wells: *Dzieci z probówki...*, s. 187.

⁴⁸ J. Nowak: *Ludzki genom – nadzieje i zagrożenia*. „Znak” 1996, nr 12, s. 28–43.

4. Dyskryminacja genetyczna – diagnostyka genetyczna rodzi możliwość dyskryminacji społecznej ze względu na defekty genetyczne. Ludzie, u których stwierdzi się nosicielstwo genu mogącego wywołać chorobę, mogą być traktowani jak istoty gorszej kategorii.

5. Diagnostyka prenatalna – dzięki testom genetycznym możliwa będzie skuteczniejsza ochrona płodu i podjęcie leczenia w fazie prenatalnej, chociaż, z drugiej strony, monitoring genetyczny może wpływać na decyzje o aborcji.

6. Genetyczne testowanie pracowników – w miarę upowszechnienia badań genetycznych pracodawcy będą żądać testów przed zatrudnieniem osoby na określonym stanowisku wiążącym się z ryzykiem choroby zawodowej. Kontrowersyjną sprawą byłoby obowiązkowe testowanie genetyczne, które może doprowadzić do utraty pracy. Czy wynik takiego badania i odkrycie podatności na choroby nie związane z wykonywanym zawodem powinien być udostępniany pracodawcy?

7. Aspekty ekonomiczne – zmniejszenie kosztów leczenia uzasadnia testy wykrywające podatność na różne choroby. Poza tym firmy ubezpieczeniowe będą zainteresowane testami genetycznymi. Przyjmuje się, że osoba ubezpieczająca się płaci składki w wysokości zależnej od ryzyka utraty zdrowia lub życia (pilot jest bardziej zagrożony niż nauczyciel). Jeśli testy genetyczne staną się bardziej powszechne, część ludzi będzie chciała wiedzieć, czy dotyczy ich zwiększone ryzyko zachorowania na pewne choroby, a i firmy ubezpieczeniowe zostaną zmuszone do testowania predyspozycji genetycznych swoich klientów.

8. Badania uwarunkowań genetycznych zachowań ludzkich – nie wykryto żadnych genów odpowiedzialnych za przestępcze zachowania, ale istnieje genetyczne uwarunkowanie zachowań agresywnych (pewna konstelacja genów w określonych warunkach środowiskowych może wpływać na zachowania przestępcze), osobnicy posiadający pewien wariant enzymu uczestniczącego w metabolizmie alkoholu (dehydrogenaza alkoholowa – ALDH) ALDH2 są obciążeni 5–10 razy mniejszym ryzykiem zostania alkoholikami.

9. Homoseksualizm – już dawno został wykreślony z listy chorób czy dewiacji. Zważywszy, że homoseksualizm dotyczy około 10% populacji i jest prawdopodobnie uwarunkowany genetycznie, można przyjąć, że nie powinien być oceniany negatywnie z moralnego punktu widzenia. Jeśli jednak uznamy, że ta opcja seksualna jest cechą niekorzystną, można zapytać, czy nie należy go leczyć. Gdyby ludzie o cechach homoseksualnych chcieli mieć dzieci nie obarczone tą cechą, to czy byłoby moralnie uzasadnione wykorzystanie inżynierii genetycznej w celu zmiany zachowania homoseksualnego na heteroseksualne?

10. Problem manipulacji genetycznych prowadzących do zmiany środowiska. Sam termin „manipulacja” ma już negatywne skojarzenia i dlatego

dyskusja nie jest łatwa. *Homo sapiens* jest pierwszym gatunkiem, który wprowadził kontrolę i modyfikację środowiska, w którym żyje (kontroluje też selekcję i reprodukcję wielu gatunków). Pojawia się pytanie, jak daleko ta ingerencja może się posunąć – czy nie zakłóci się równowagi biologicznej, czy nie przyniesie zagłady naszemu gatunkowi? Fatalistyczne przepowiednie mówią o tworzeniu przez inżynierię genetyczną „niemyślących robotów” (istot ludzkich pozbawionych zdolności myślenia, przeznaczonych do wykonywania prac nie wymagających myślenia) lub śmiertcionośnych wirusów wywołujących ogólnoswiatową pandemię. Jak na razie te ponure przepowiednie nie znajdują potwierdzenia. Jednak obok korzystnego znaczenia inżynierii genetycznej pojawia się możliwość wykorzystania jej do poprawiania wydolności fizycznej, psychicznej, urody, inteligencji, tworzenia hybryd międzygatunkowych, a to już budzi strach.

Z uwagi na tę ostatnią możliwość najważniejsze kwestie etyczne grupują się wokół problemów bezpieczeństwa dla ludzkości i jednostek, zabezpieczeń przed nadużyciami oraz określenia strefy tabu, której człowiekowi przekraczać nie wolno. Nikt nie może zagwarantować, że technologia genetyczna jest bezpieczna i nie spowoduje groźnych następstw. Czy bakterie zmodyfikowane genetycznie wymkną się spod kontroli, poza laboratorium i spustoszą świat? Obawy te jak dotąd nie potwierdziły się, ale ostrożność jest wskazana. Gwoli ostrożności należałoby informować możliwych użytkowników o możliwych konsekwencjach zastosowań technologii genetycznej w rolnictwie, przemyśle spożywczym, medycynie i dać konsumentom wybór. Zabezpieczenia przed nadużyciami są już dokonywane przez deklaracje, normy prawne, kontrolę finansowania badań, ale mają ograniczony zasięg – sektor prywatny (badań, usług, produkcji) jest zwykle poza ich zasięgiem. Otwarte pozostaje pytanie, kto miałby skutecznie kontrolować zakres ingerencji genetycznej – jakieś centrum, władza polityczna czy ktoś inny. Określenie sfery tabu też jest trudne. Odwołanie się do woli Boga rodzi wątpliwość, czy człowiek może ją bezbłędnie poznać. Argument, że człowiek wchodzi na teren zastrzeżony tylko dla Boga i w ten sposób (zagrażając Jego panowaniu) sprowadzi na ludzkość nieszczęścia, jest anachroniczny i niezgodny z chrześcijańskim pojmowaniem Boga⁴⁹. Zarzut odrzucania przez człowieka mądrości ewolucji nie wytrzymuje krytyki. Niektórzy biolodzy ostrzegają przed ingerencją w ewolucję, sądzą, że przyszłe pokolenia mogą przekląć obecne za naruszenie mądrości ewolucji dla ciekawości (jest to świecka wersja argumentu zabawy w Boga). Czy inżynieria genetyczna grozi obaleniem porządku ewolucji? Ludzie od dawna ingerowali w procesy ewolucyjne (hodowali wydajniejsze odmiany zbóż czy zwierząt). Nie jest

⁴⁹ J. Salij OP: *Doświadczenia z ludzkimi embrionami w świetle normy personalistycznej*. „Medycyna Wieku Rozwojowego” 2001, T. 5, supl. do nr 1, s. 76.

nawet niczym nowym przełamywanie granic międzygatunkowych – już w starożytności krzyżowano konie z osłami, by otrzymać muły, ale muły są niepłodne, podczas gdy składanie genów może prowadzić do tworzenia nowych rozmnażających się gatunków (to tylko potwierdza potrzebę ostrożności). Większość genetycznie nieprawidłowych osobników ludzkich umiera w dzieciństwie – być może tak objawia się mądrość ewolucji. Mimo to ludzie od dawna ingerują w ten proces, stosując zdobycze medycyny. Nawet wstrzykiwanie diabetykom insuliny czy przepisywanie krótkowidzom okularów jest ingerencją w dobór naturalny. Cały system opieki medycznej jest wielką ingerencją w ewolucję. Czy ewolucja jest rzeczą świętą? Czy jest ona mądra? Przypisywanie takich cech ślepemu doborowi naturalnemu jest niesłuszne⁵⁰, ewolucja nie uwzględnia dobra ostatecznego, a nawet losu gatunku ludzkiego. Głupi lub mądry może być tylko człowiek. Swoją inteligencję może wykorzystać do poprawy ewolucji – konieczna jest jednak odpowiedzialność, umiejętność przewidywania możliwych skutków.

Klonowanie człowieka

Zainteresowanie techniką klonowania, obecne nie tylko na łamach naukowych pism, ma wiele przyczyn. Problematyka klonowania skupia w sobie nadzieje i obawy rewolucji terapeutycznej i biologicznej, nadzieje na opanowanie reprodukcji i dziedziczenia, leczenia, zapobiegania chorób, obawy, że życie ludzkie zostanie całkowicie opanowane przez technologię. Dyskusja jest wielotorowa, bo klonowanie nie jest tylko jeszcze jedną techniką prokreacji medycznie wspomaganej⁵¹ – wiąże się z oceną zastosowań genetyki, biologii, inżynierii genetycznej i komórkowej, kwestią zasad oraz granic eksperymentów badawczych, problemem wolności i wartości badań naukowych oraz konsekwencji postępu technicznego dla rozumienia celu i zadań medycyny, a także z rozumieniem wartości życia ludzkiego i określeniem granic w zakresie możliwości przedłużania własnego życia.

⁵⁰ P. Singer, D. Wells: *Dzieci z probówki...*, s. 194.

⁵¹ A. Przyłuska-Fischer: *Klonowanie terapeutyczne. Moralne aspekty eksperymentów naukowych na pozaustrojowych zygotach ludzkich*. W: *Dylematy bioetyki*. Red. A. Alichniewicz, A. Szczęsna. Łódź 2001.

O pojęciu klonowania⁵²

Czasownik „klonować” pochodzi od rzeczownika klon. Wyraz ten w języku greckim oznaczał gałązkę lub pączek. Obecnie termin ten oznacza grupę komórek powstałą z jednej komórki lub grupę organizmów powstałych z jednego osobnika w wyniku rozmnażania wegetatywnego (bezpłciowego). Przy rozmnażaniu wegetatywnym nie zachodzi proces wymiany informacji genetycznej między dwoma osobnikami – potomstwo ma taki sam zespół genów kodujących identyczne cechy, jakie miał organizm rodzicielski. Jeśli nie nastąpi modyfikujący wpływ środowiska i ewentualne mutacje, można powiedzieć, że osobniki potomne są kopiami swojego rodzica.

Klonowanie jest techniką biologiczną umożliwiającą powielenie danego genotypu, który w normalnych warunkach nie ulega takiemu procesowi (poza klonami naturalnymi: bliźniętami jednojajowymi, wieloraczkami). Punktem wyjścia mogłaby być w tym wypadku, teoretycznie, pojedyncza komórka pobrana z dowolnego organizmu. Każda komórka organizmu zawiera pełną informację genetyczną potrzebną do odtworzenia całego osobnika. Możliwe jest takie pobudzenie komórki somatycznej, by w rezultacie jej podziałów i specjalizacji komórek potomnych otrzymać wszystkie tkanki i narządy występujące w organizmie rodzicielskim. Udało się to osiągnąć w przypadku niektórych roślin (marchwi, tytoniu). Trudniej jest z organizmami zwierzęcymi: wyspecjalizowana komórka danej tkanki wykorzystuje tylko drobny ułamek informacji zawartych w jej genach, reszta informacji jest zablokowana. Dawniej istniały trudności z wykorzystaniem komórek somatycznych, dlatego wykorzystywano komórki płciowe. Przeprowadzony w latach pięćdziesiątych przez Thomasa Kinga i Roberta Briggsa eksperyment klonowania polegał na zniszczeniu jądra niezapłodnionego jaja żabiego (za pomocą promieniowania ultrafioletowego) i wprowadzeniu zamiast niego jądra z komórki osobnika tego samego gatunku. Okazało się, że jądro komórki somatycznej jelita żaby zachowuje się w cytoplazmie komórki płciowej tak, jak jądro zapłodnionej komórki jajowej. Komórka ulegała normalnym podziałom i różnicowaniu, by w końcu zamienić się w kijankę. Ten schemat został zastosowany przez Shettlesa do próby klonowania człowieka. Zamiast jądra komórki somatycznej użyto jądra komórki płciowej, z której powstają plemniki. Próba rzekomo powiodła się, zarodek osiągnął stadium blastocysty, potem został zniszczony. W latach osiemdziesiątych opracowano technikę klonowania ssaków metodą dzielenia wczesnych zarodków – stosowano je do klono-

⁵² K. Tittenbrun: *Etyka klonowania*. „Etyka” 1988, nr 23; *Klonowanie człowieka. Fantazje – zagrożenia – nadzieje*. Red. B. Chyrowicz. Lublin 1999.

wania myszy, bydła, świń, koni, owiec. W roku 1993 Robert Stillman i Jerry Hall, naukowcy z waszyngtońskiego Centrum Medycznego, za zgodą komisji etycznej przeprowadzili próbę klonowania zarodków człowieka. Użyli nieprawidłowych zarodków powstałych w wyniku zapłodnienia *in vitro* – zarodków triploidalnych, powstałych przez zapłodnienie dwoma plemnikami. Z 17 kilkukomórkowych zarodków uzyskali 48 pojedynczych blastomerów, które w hodowli *in vitro* osiągnęły stadium 32-komórkowe. Doświadczenie to nie było niczym nadzwyczajnym z naukowego punktu widzenia, wywołało jednak skandal w środowiskach naukowych i przyczyniło się do wydania zakazu takich prób oraz ograniczenia funduszy na podobne eksperymenty. Oficjalnie nikt nie przyznaje się do klonowania ludzkich zarodków przez ich podział, jednak nie ma pewności, czy w niektórych klinikach nie prowadzono prób uzyskiwania bliźniąt przez podział wczesnego zarodka. Do połowy lat dziewięćdziesiątych klonowanie ssaków było wyłącznie klonowaniem ich zarodków. Dopiero opracowanie przez pracowników Roslin Institute metody pozwalającej na wykorzystanie różnych typów zróżnicowanych komórek, także komórek pochodzących z osobników dorosłych, zrewolucjonizowało poglądy na klonowanie ssaków. W 1997 r. w Wielkiej Brytanii udało się po raz pierwszy sklonować dorosłą owcę. 27.10.1997 r. Ian Wilmut i Keith Campbell opublikowali wiadomość o narodzinach Dolly. Klonowania dokonano poprzez transfer jądra komórkowego: pobrano jądro komórki sutka owcy, wprowadzono je do komórki jajowej owcy (komórce tej wcześniej usunięto jądro), zarodek implantowano zastępczej matce. Szkoci udowodnili, że można wyhodować organizm z jądra komórki dorosłego osobnika, z komórki wyspecjalizowanej. Jeśli tak, to nic już nie stoi na przeszkodzie klonowaniu dorosłych osobników, także ludzkich. Euforia, jaka zapanowała po narodzinach Dolly, nieco opadła, gdy okazało się, że Dolly jest stara od urodzenia (w chwili urodzenia jej komórki miały 6 lat, tyle, ile liczyła sobie dawczyni materiału do klonowania), szybko też ujawniły się inne defekty: nadwaga, artretyzm. 14.02.2003 najsłynniejsza owca świata została uśpiona⁵³ – decyzję o eutanazji podjęto po wszechstronnych badaniach i uznaniu, że zwierzę jest skazane na cierpienie. Oprócz Dolly obecnie istnieje na świecie wiele sklonowanych zwierząt, dalsze obserwacje może potwierdzą bezużyteczność klonowania somatycznego. Przykład Dolly powinien być ostrzeżeniem dla zwolenników klonowania ssaków: skutki są nieprzewidywalne i dalekie od optymistycznych oczekiwań.

⁵³ Żegnaj owieczko. „Gazeta Wyborcza” z 15–16.02.2003, s. 8.

Klonowanie roślin i zwierząt

Zabieg ten nie wzbudza większych emocji. Nieskończone powielanie organizmów o korzystnych dla człowieka cechach umożliwi, jak się zakłada, wzrost wydajności rolnictwa i hodowli. Dzięki klonowaniu możemy być pewni, jeśli nie zajdą nieprzewidziane okoliczności, że wyjątkowy zbiór genów danego osobnika nie zostanie zmieniony. Rozwój techniki klonowania może zostanie zastosowany w przemysłowych metodach produkcji żywności – dzięki klonowaniu poszczególnych tkanek można by produkować produkty spożywcze pozbawione części niejadalnych. Możliwa też będzie optymalizacja wielkości populacji roślin i zwierząt dzikich, szkodliwych dla człowieka, poprzez zwiększenie liczebności organizmów z nimi konkurujących, jak też ochrona gatunków wymierających. Klonowanie może też zaspokoić ludzkie potrzeby innego rodzaju, np. reprodukcję rzadkich kwiatów, rasowych psów, kotów, koni.

Ale ewentualne korzyści płynące z klonowania roślin i zwierząt są często przeceniane. Klonowanie na dużą skalę prowadzi do genetycznego skostnienia ras i gatunków. Gdy zanika zmienność gatunkowa, każda zmiana warunków środowiska może wtedy oznaczać zagładę całych populacji. Można wprawdzie zakładać banki genów, ale problem pozostanie.

Drugi istotny zarzut dotyczy tego, że zwolennicy klonowania prawie nigdy nie biorą pod uwagę faktu, że o ujawnieniu się u osobnika określonego zespołu cech nie decyduje jedynie genotyp, lecz także w znacznej mierze środowisko. Niekorzystny wpływ środowiska może w znacznym stopniu zmniejszyć gospodarcze efekty klonowania. Przypadek Dolly pokazuje, że klonowanie dorosłych ssaków może być biologicznie i gospodarczo nieefektywne – dojrzałe komórki są obciążone różnymi błędami, które muszą się ujawnić u kłona, powielanie błędów, tworzenie starych, chorych organizmów podważa sens klonowania.

Klonowanie człowieka

Czy istnieją powody przemawiające za klonowaniem człowieka? Tu rozważa się najczęściej cztery możliwości: 1) kopiowanie pojedynczych osobników w celach naukowych, 2) klonowanie poszczególnych tkanek i narządów lub całych osobników jako źródła materiału do transplantacji, 3) klonowanie jednostek wybitnych, 4) powielanie całych grup ludzi.

Pierwsza możliwość stwarza wielkie nadzieje na postęp w badaniach podstawowych dotyczących np. różnicowania się komórek, rozwoju no-

wotworów, genetyki i immunologii. Także prace psychologów i neurologów związane z problematyką świadomości, badania nad wpływem środowiska i dziedziczności zostałyby wzbogacone w wypadku zaistnienia identycznych genotypów.

Podstawą drugiej możliwości jest identyczność genotypów, a także przeciwciał. Umożliwia to prawie nieograniczone dokonywanie przeszczepów wśród potomków klonalnych. Pobieranie próbek tkanek niemowląt, przechowywanie ich w stanie zamrożonym i klonowanie z nich, w razie potrzeby, całych narządów w celu transplantacji nie budzi zastrzeżeń – technika ta mieści się w tradycji medycyny. Klonowanie *in vitro* np. komórek szpiku kostnego i przeszczepianie ich chorym na białaczkę nie jest tak kontrowersyjne, jak np. transplantacja szpiku od dawcy. Inaczej przedstawia się sprawa produkcji kopii embrionalnych ludzi i ich przechowywanie w banku w celu użycia jako źródła narządów do transplantacji. Niektórzy (Singer, Wells) twierdzą, że gamety ludzkie oraz wczesne formy zarodków pozbawione są wszelkich praw moralnych i można ich używać jako materiału transplantacyjnego. Dopiero z chwilą powstania zawiązków układu nerwowego, początków odczuwania okaleczanie lub zabijanie zarodka po to, by ratować życie dorosłego człowieka, byłoby naruszeniem interesu embrionu. Dla uznających embrion za osobę sam pomysł kopiowania człowieka i instrumentalnego traktowania jest obrzydliwy⁵⁴ i świadczy o tym, że staliśmy się niewolnikami niekontrolowanego postępu. Sądzę, że niezależnie od stanowiska w kwestii człowieczeństwa, sam fakt uprzedniego zamrożenia sklonowanego embrionu jako źródła organów można chyba uznać za moralnie nieczysty.

Trzecia możliwość dotyczy klonowania jednostek wybitnych. Uzasadnia się to rozmaicie. Prócz względów czysto poznawczych (jak przebiegałby rozwój drugiego Einsteina, Mozarta, Szekspira?), postuluje się reprodukcję osób uznanych za genialne lub mających pewne korzystne cechy, np. uczonych, filozofów, piosenkarzy, sportowców, wybitnych postaci historycznych, jeśli w komórkach ich szkieletów zachowała się jakaś informacja genetyczna. Duże nadzieje wiąże się z zastosowaniem klonowania w powiązaniu z rekombinacją DNA. Zaprogramowane dzięki rekombinacji genotypy mogłyby być potem powielane, a na ziemi pojawiłyby się osobniki o niespotykanych dotąd cechach.

U podstaw tej propozycji leży ukryte założenie, że u osób sklonowanych ujawnią się (niezależnie od wpływu środowiska) wszystkie cechy rodzica. Jest to założenie fałszywe – wiemy, że czynniki środowiskowe mają wpływ na kształtowanie się co najmniej tzw. cech złożonych (inteligencja, temperament). Odtworzenie tych samych warunków środowiska, w jakich żyli

⁵⁴ L.R. Kass: *Mądrość oburzenia. Dlaczego powinniśmy zakazać klonowania człowieka*. W: *Klonowanie człowieka. Fantazje...*

rodzice klonów, jest niemożliwe. Można wprawdzie stworzyć podobne sztuczne otoczenie, ale i to nie gwarantuje sukcesu. Wątpliwe jest, czy stworzenie kopii Dostojewskiego, cierpiącej jak i on na padaczkę, da się moralnie usprawiedliwić. Bycie drugim Einsteinem może nie leżeć w interesie danej jednostki. Nie jest miło być numerem drugim, kopią kogoś znanego, kimś, od kogo oczekuje się, by dorównywał poprzednikowi. Istnieją wprawdzie ludzie naśladowujący innych, upodabniający się w wyglądzie i sposobie bycia do swoich idoli, ale sami dokonali takiego wyboru. Klon nie ma wyboru. Jeśli kopia będzie doskonała, przyszłość takiej jednostki będzie całkowicie zdeterminowana. Czy każdy zgodzi się na taką stabilizację za cenę ograniczenia możliwości wyboru? Trudno powiedzieć, co leży w interesie jednostki, zwykle ona sama o tym nie wie. Paternalizm wobec dzieci jest usprawiedliwiony, wobec dorosłych, świadomych ludzi można go stosować tylko w ograniczonym zakresie. Sterowanie dojrzałym klonem tak, by spełnił oczekiwania, trzeba uznać za nadużycie.

Klonowanie dużych grup ludzi budzi najczęściej wątpliwości i obaw. Zwolennicy wskazują na korzyści społeczne płynące z istnienia całych armii identycznych, zdyscyplinowanych żołnierzy, robotników, naukowców. Przeciwnicy obawiają się totalitarnego społeczeństwa, które panuje nawet nad procesami rozmnażania.

Realne zagrożenia, złudne obietnice

Propozycje klonowania ludzi spotykają się z wieloma wątpliwościami i zarzutami. Oto najważniejsze⁵⁵:

1. Klonowanie zapewnia całkowitą determinację płci, masowe zastosowanie tej techniki może zachwiać proporcje między płciami, co wywoła negatywne skutki społeczne, demograficzne. To przemawia przeciwko powielaniu dużych grup ludzi. Zwolennicy klonowania na mniejszą skalę twierdzą, że stosowano by je sporadycznie w celu uniknięcia chorób dziedzicznych związanych z płcią.

2. Klonowanie doprowadzi do pogorszenia się puli genowej społeczeństwa (ale tylko w wypadku powielania nosicieli genów recesywnych).

3. Klonowanie człowieka jest ryzykowne. Drobną pomyłką może doprowadzić do potworności. Ten argument nie jest zbyt mocny: cięża, poród,

⁵⁵ K. Tittenbrun: *Etyka klonowania*. „Etyka” 1988, nr 23; *Klonowanie człowieka. Fantazje...*; „Medycyna Wieku Rozwojowego” 1999, T. 3, supl. do nr 3 oraz 2001, T. 5, supl. do nr 1.

niemowlęstwo też są ryzykowne. Dzieci z wadami wrodzonymi też nikt nie pytał, czy chcą się urodzić. Problem jest inny: Kiedy możemy być pewni, że płód spełnia oczekiwania rodziców, jakie kryteria tu stosować?

4. Argument ślepego zaułka. Klonowanie prowadziłoby do tworzenia osobników dobrze przystosowanych do danego środowiska. W razie zmian środowiska klonom grozi zagłada (brak procesów mutacji i zmienności dziedzicznej organizmów). Ten argument wydaje się ważny – gdyby cała ludzkość rozmnażała się wegetatywnie, to gatunkowi groziłaby zagłada, nie dotyczy to natomiast klonowania pojedynczych ludzi.

5. Pytanie, czy dziecko spełnia oczekiwania rodziców, nie jest typowe tylko dla potomka klonalnego. Wielu rodziców stawia swoim potomkom określone, często nadmierne wymagania. Identyczność genetyczna może wpłynąć na zaostrzenie wymagań wobec klonu. Posiadanie srogich rodziców nie musi wpływać negatywnie na rozwój dziecka. Swoistym problemem klonu jednostki wybitnej jest brak perspektyw, skazanie na pełnienie określonej funkcji społecznej.

Także świadomość, że ktoś urodził się metodą klonowania, nie musi być deprymująca – nie bardziej niż wiedza, że ktoś urodził się w samolocie. Sporadyczne klonowanie osób, jeśli od potomków klonalnych nie żąda się więcej niż od naturalnego dziecka, nie powinno stwarzać problemów.

Klonowanie jednostki wybitnej i przypisanie klonu do odgrywania określonej roli powoduje utratę własnej tożsamości. Klonowanie pojedynczych ludzi bez stawiania ich potomkom klonalnym nadmiernych wymogów nie prowadzi do utraty ich tożsamości. Chociaż genotypy są identyczne, dziecko różni się od rodzica, bo:

- jest młodsze, ma inne perspektywy życiowe,
- ma inne doświadczenia życiowe, żyje w innych warunkach,
- ma świadomość nadzwyczajności w świecie ludzi zróżnicowanych genetycznie, co może zrekompensować ciężar nienaturalnego pochodzenia.

Klonowanie dużych grup ludzi może prowadzić do utraty tożsamości, jeśli klony są odseparowane i odgrywają identyczne role społeczne.

6. Interesy jednostek i rodzin mogą wymagać posługiwania się metodą klonowania – klonowanie może być sposobem spełnienia silnych pragnień, np. zapewnienia dziecka bezpłodnej parze, możliwości wyboru genotypu, chęci kontynuacji rozpoczętego dzieła, zastąpienia zmarłego członka rodziny jego kopią. Z drugiej strony relacje klon – społeczeństwo budzą wątpliwości – jak klon byłby traktowany, czy część ludzi nie doznałaby obrazy uczuć religijnych, czy nie doszłoby do zerwania związku między miłością a prokreacją, czy nie naruszyłoby to różnorodności i indywidualności człowieka? Istnieje też problem ustalenia sytuacji klonu w prawie cywilnym i rodzinnym.

7. Możliwość nadużyć techniki klonowania. Technika klonowania może służyć do produkcji ludzi w celach militarnych (armii). Możliwe będzie

wykorzystanie tej techniki do podporządkowania sobie społeczeństwa (wytworzenia całych grup ludzi o odpowiednich cechach i sposobie myślenia). W razie upowszechnienia się tej techniki możliwe będzie klonowanie według mody, np. na jednostki wybitne. Wszystkie te zarzuty mieszczą się dotąd w sferze horroru ideologicznego, a nawet można je uznać za absurdalne (nawet gdyby były możliwe do wykonania, ich realizacja trwałaby wiele lat, a przecież łatwiej i szybciej można urabiać ludzi za pomocą indoktrynacji), ale warto je mieć na uwadze. Dotykają one kwestii może najważniejszej, wskazują, że klonowanie w skali masowej doprowadzi do naruszenia tożsamości i indywidualności osoby oraz wyłącznie instrumentalnego traktowania ludzi. Idea klonowania, myśląc kategoriami etyki Kanta, nie może być prawem powszechnym, bo narusza zasadę człowieczeństwa i w działaniu niszczyłaby sama siebie. Sam pomysł klonowania zawiera w sobie chęć zachowania w osobniku tego, co wartościowe, niepowtarzalne, wyjątkowe, ale masowe powielanie wyjątkowości, niepowtarzalności spowoduje, że utraci się tę wyjątkowość, niepowtarzalność. Po co robić coś, co nie ma sensu?

Spór o moralną ocenę klonowania, jak zauważa J. Kopania⁵⁶, nie daje się jednoznacznie rozstrzygnąć. Wszystkie wskazane niebezpieczeństwa nie przekonują zwolenników klonowania – zawsze będą zwracali uwagę, że zagrożenia są mało prawdopodobne lub że osiągnięte korzyści będą większe od strat. Czy kiedyś klonowanie osobników dorosłych stanie się standardową techniką sztucznej prokreacji? Już teraz wiele państw prawnie zabrania klonowania ludzi, przyjmuje się wiele deklaracji, wydaje orzeczenia, daje wyraz swej dezaprobaty. Ale nawet zagorzali przeciwnicy klonowania człowieka sądzą, że kiedyś na pewno dojdzie do klonowania człowieka, bo „wszystko inne” temu sprzyja⁵⁷ (ciekawość ludzka, rozwój inżynierii genetycznej, chęć poznania ludzkiego genomu, przekonanie, że ludzie są w stanie dokonać wszystkiego). Klonowanie lecznicze czy terapeutyczne (hodowanie embriónów z zastosowaniem techniki klonowania, by użyć ich do terapii) zyskuje coraz większe przyzwolenie, klonowanie reprodukcyjne chyba wcześniej czy później zostanie dokonane – kontrowersyjny włoski doktor Severino Antinori zapewnia, że już wkrótce w jego klinice urodzą się dzieci powstałe w wyniku klonowania, sekta raelian ogłosiła, że w grudniu 2002 r. urodziło się pierwsze sklonowane dziecko, a następne są w drodze⁵⁸. Na razie te sensacje nie zostały potwierdzone, ale świadczą o determinacji w pędzie ku klonowaniu człowieka. Chyba nic i nikt tego procesu nie powstrzyma. Widać

⁵⁶ J. Kopania: *Uwagi metodologiczne o etyczności klonowania człowieka*. „Sztuka Leczenia” 2001, T. 7, nr 1.

⁵⁷ B. Chyrowicz: *Klonowanie a identyczność osoby*. W: *Klonowanie człowieka. Fantazje...*

⁵⁸ *Bezpieczne dla zdrowia? Patent na kopię*. „Forum” 2003, nr 1, s. 47, 48–49.

też, że wszystko, co zostanie opatrzone etykietą „terapeutyczne”, uzyska przyzwolenie społeczne.

Niewątpliwie wielokrotne powielanie tego samego genotypu może być groźne dla istnienia ludzkości (patrząc na to tylko ze strony biologicznej) i jednostek (zagroża tożsamości, identyczności i niepowtarzalności człowieka, może to nie leżeć w interesie potomstwa klonalnego). Być może sporadyczne klonowanie jednostek w celach medycznych da się usprawiedliwić, pod warunkiem, że od klona nie będzie się wymagało więcej niż od „naturalnego” dziecka.

Wnioski

Porównując współczesną medycynę ze stanem nauk biomedycznych, jaki istniał jeszcze kilkadziesiąt lat temu, można uznać, że nastąpiły tu rewolucyjne zmiany w poznaniu naukowym, leczeniu, reprodukcji. Czy tym samym zmieniły się postawy i poglądy moralne ludzi na życie, zdrowie, śmierć? Trudno jednoznacznie na to pytanie odpowiedzieć. Wraz z postępem naukowym i zastosowaniem techniki w medycynie wzrosły też nadzieje i oczekiwania ludzi co do możliwości przedłużania życia oraz zachowania jego wysokiej jakości. Zdaniem J. Kopani postęp w medycynie (szczególnie transplantacje) jest oznaką zmian w moralności – ludzie chcą żyć za wszelką cenę, nawet kosztem pogorszenia jakości życia i kosztem rezygnacji ze skrupułów etycznych. Taka zmiana, jak można sądzić z wypowiedzi autora, jest nieuchronna i wiedzie do zaakceptowania wszystkiego, do czego postęp w medycynie może doprowadzić (przeszczepu mózgu, hodowli embrionów, klonowania...). Warto jednak sobie uświadamiać, jaką cenę za postęp płacimy: „Chcemy żyć za wszelką cenę – nawet za cenę cudzego życia i własnej godności. Dlatego rozróżniamy między pragnieniem zachowania własnego życia a oczekiwaniem cudzej śmierci. Z punktu widzenia moralności dotychczasowej takie rozróżnienie jest zwyczajną obłudą; nowa moralność uznaje je za oczywiste i usprawiedliwione świętością życia doczesnego. [...] Dodajmy do tego, że również ciekawość poznawcza, chęć eksperymentowania w sferze działań medycznych jest silniejsza od rozterek moralnych. Te dwa czynniki wzajemnie się wspierają i wzmacniają. Dlatego właśnie wszelkie zakazy uzasadniane względami etycznymi są wcześniej czy później odrzucane.”⁵⁹

⁵⁹ J. Kopania: *Etyczny wymiar cielesności*. Kraków 2002, s. 69.

Opinię, że współcześnie przypisuje się życiu (a nie zdrowiu) szczególną wartość, zdają się potwierdzać transplantacje i terapie o dużym stopniu ryzyka lub terapie heroiczne. Z kolei entuzjazm dla genetyki, inżynierii genetycznej, klonowania może świadczyć, jak sądzę, o wadze, jaką współcześnie ludzie przykładają do jakości życia. Reguły inżynierii genetycznej są właściwie kontrolą jakości życia, tego istniejącego i tego, które ma powstać, dlatego zastosowane w reprodukcji przypominają proces technologiczny, kierowany efektywnością i normami jakościowymi. Być może to podążanie w dwóch, przeciwstawnych na razie, kierunkach świadczy o zagubieniu współczesnych, które też ma przyczyny w nadmiernym zaufaniu do możliwości nauki i medycyny. Już Kartezjusz, jak wskazuje J. Kopania, wierzył w postęp medycyny, który zlikwiduje choroby, wzmocni zdrowie i przedłuży życie⁶⁰. Możliwości ratowania życia i leczenia są duże w porównaniu z przeszłością, ale – jak często się okazuje – ratowanie i przedłużanie życia łączy się z obniżeniem jego jakości, a dbałość o jakość prowadzi do negacji życia jako wartości bezwzględnej, świętej. Czy kiedyś uda się uzgodnić jedno z drugim? Na to pytanie nikt nie może odpowiedzieć. W każdym razie ochrona życia, jedna z podstawowych przesłanek etyki medycznej od czasów Hipokratesa, współcześnie nabiera nowych znaczeń i jest nieokreślona w kontekście jakości życia i autonomii pacjenta⁶¹. Dawniej, jak zwraca uwagę Z. Szawarski⁶², dobro i pożytek chorego był pojmowany jednako-wo przez obie strony – pacjent chciał żyć i być zdrowy, a lekarz uznawał, że dobrem pacjenta jest zdrowie i ratowanie życia. Ostatecznym arbitrem w tej sprawie był lekarz. Tradycyjne stosunki między lekarzem a pacjentem były oparte na zasadzie paternalizmu. Wyłom w tych tradycyjnych stosunkach został uczyniony wtedy, gdy pacjentowi nadano status osoby. Oznacza to kres tradycyjnego monopolu lekarza na decydowanie, co jest, a co nie jest, dobre dla pacjenta. W miarę, jak rosła autonomia pacjenta, przestawał on być tylko przedmiotem leczenia, stawał się partnerem procesu terapeutycznego, który wspólnie z lekarzem ustala, co będzie dla niego najlepszym rozwiązaniem. Pacjent ma prawo wiedzieć, jakim zabiegom zostanie poddany, może odmówić zgody na leczenie i pewne zabiegi, jeśli nawet grozi to jego śmiercią. Jeśli okaże się, że cena życia i zdrowia staje się dla pacjenta za wysoka, to on sam decyduje, jak postąpić (np. odmawia dializowania, nie zgadza się na transfuzję krwi). Wzrost autonomii pacjenta spowodował to, że w etyce medycznej istotną rolę zaczęła odgrywać zasada szacunku dla autonomii pacjenta.

⁶⁰ Ibidem, s. 39.

⁶¹ Wskazuje na to B. Maroszyńska-Jeżowska: *Uwagi o swoistości wartości określonego typu czy rodzaju w kontekście filozofii medycyny*. „Kwartalnik Filozoficzny” 1997, T. 25, z. 2, s. 163.

⁶² Z. Szawarski: *Wprowadzenie. Dwa modele etyki medycznej*. W: *W kręgu życia i śmierci...*

Ogłoszona w 1975 r. przez Amerykańskie Stowarzyszenie Szpitalnictwa *Karta praw pacjenta* głosi, że pacjent: ma prawo do pełnej informacji o diagnozie, metodach leczenia i rokowaniu, jeśli informacja taka mogłaby pacjentowi zaszkodzić, trzeba ją udostępnić odpowiedniej osobie, ma prawo do wyrażenia świadomej zgody na leczenie, ma prawo do informacji o alternatywnych sposobach leczenia. Tradycyjne stosunki pacjent – lekarz zmieniają się także pod wpływem: 1) unowocześnienia sposobu leczenia (zanik indywidualnego charakteru leczenia, podział pracy, biurokracja, daleko idąca specjalizacja), 2) praca lekarza przestała być powołaniem i służbą, stała się sposobem utrzymania. W czasach Hipokratesa kwestia zapłaty może nie była tak istotna. Współcześnie staje się ważna. Czasem nawet pozostaje w konflikcie z powołaniem. Dehumanizacja medycyny, komercjalizacja, instrumentalne traktowanie chorych – widoczne często nie tylko w sektorze publicznej służby zdrowia, wyraźne w przemyśle farmaceutycznym – powodują, że życie ludzkie ma wartość ekonomiczną, i to z dwóch powodów: pacjent jest źródłem dochodów, życie chorego jest warte tyle, ile jest w stanie za nie zapłacić.

Autonomia pacjenta ma jeszcze jedną stronę – wprawdzie przeszkadza lekarzom paternalistom w wykonywaniu ich zadań, ale może też pomagać w podejmowaniu trudnych, niezgodnych z tradycją decyzji (np. pobrania organu od zdrowego człowieka, by ratować chorego). Pacjent autonomiczny bierze na siebie część odpowiedzialności za podjęte decyzje i ich skutki. Autonomia pacjenta, choć tak ważna, wymaga często ograniczenia ze względu na inne ważne zasady: nieszkodzenia, czynienia dobra, sprawiedliwości. One także, i to w różny sposób w zależności od ich pojmowania, wpływają na uznanie, które życie jest wartościowe, a także na to, czy wartość życia ma być zależna od jego jakości.

Tradycja Hipokratesa formułowała się oraz miała zastosowanie w sytuacjach powtarzalnych, niezmiennych (ustalone pojęcie zdrowia i choroby, roli lekarza). Z początkiem lat sześćdziesiątych rewolucja naukowo-techniczna zmieniła także medycynę, służbę zdrowia i społeczne oczekiwania wobec medycyny. Powstały sytuacje precedensowe, z którymi nie było wiadomo (i nadal mamy poważne wątpliwości), co robić. Tego nie mógł przewidzieć Hipokrates, nie mogli też tego przewidzieć autorzy tradycyjnych kodeksów lekarskich. W tej sytuacji lekarze zaczęli się zwracać w stronę etyki, teologii. Powstała bioetyka, z którą wiązano nadzieję na to, że rozstrzygnie problemy, dawniej nieznane.

Tendencja do przedkładania życia nad zdrowie we współczesnej medycynie i kulturze niewątpliwie istnieje. Lekarz ma być obrońcą życia, ratować życie (nawet za wszelką cenę) przy użyciu wszystkich dostępnych środków medycznych. Stało się tak dlatego, że człowiek uwierzył w swoją moc zapanowania nad koniecznościami przyrodniczymi (w tym i nad śmier-

cią). Wiarę tę nadal podsyca rozwój nauki i techniki, szczególnie dotyczy to nowoczesnych metod leczenia, inżynierii genetycznej obiecującej osiągnięcie nieśmiertelności lub przynajmniej znaczne wydłużenie ludzkiego życia. Nie jest to jednak tendencja jedyna. Od lat sześćdziesiątych XX wieku pojawia się drugi wyraźny nurt kładący nacisk nie na wartość życia, lecz na jego jakość i domagający się prawa człowieka do śmierci. Rzecznicy tego nurtu żądają, by na nowo określić zadania medycyny. Sądzą, że należy to zrobić również w imieniu lekarzy, na których nałożono zbyt wiele obowiązków wobec życia, oraz w imieniu pacjentów ubezwłasnowolnionych podczas hospitalizacji. Medycyna w tym ujęciu ma raczej powrócić do tradycyjnych zadań leczenia i uśmierzania bólu – ma czuwać nad całokształtem życia pacjenta, życia, jakiego on jeszcze pragnie.

Rozdział VII

Śmierć w kulturze i medycynie

Śmierć, zjawisko powszechne, naturalne i konieczne, należy do najmniej znanych faktów. Wprawdzie problem śmierci jest od dawna obecny w religii, filozofii, sztuce, wyobrażeniach ludzi, ale rozważany w abstrakcyjnej formie pomija to, co konkretne i związane z egzystencją człowieka w określonych realiach¹. Biologiczne aspekty umierania i śmierci, chociaż stosunkowo dobrze poznane, nie wyczerpują złożoności tego zjawiska. Paradoxem współczesnej kultury jest to, że śmierć naturalną traktuje się w sposób pruderyjny (jest to temat przemilczany, wstydlivy, bardzo osobisty), natomiast śmierć nienaturalną (gwałtowną, nagłą w skutek wojny, agresji, mordu, wypadku) lansuje się w środkach masowego przekazu bez zażenowania, jak reklamę towaru, która ma zwiększyć obroty stacji telewizyjnych, wydawnictw. Oba podejścia nie sprzyjają refleksji nad życiem i jego kresem², umacniają postawy pogardy dla życia oraz lęku przed śmiercią. Wraz z powstaniem bioetyki, od lat sześćdziesiątych XX wieku, wzrasta zainteresowanie problematyką tanatologiczną – pojawiają się prace ujmujące śmierć i umieranie w perspektywie psychologicznej, socjologicznej, etycznej, antropologicznej. Wielowymiarowość umierania powoduje, że nie można wypracować jednolitej teorii wyjaśniającej te procesy. Tanatologia obejmuje kilka płaszczyzn: filozoficzną, teologiczną, medyczną, psychologiczną, socjologiczną, antropologiczną. Wszystkie stosuje się w bioetyce. Istniejące perspektywy badawcze, jak sądzi A. Ostrowska, są ze sobą tak powiązane i uzależnione, iż nie zawsze można je precyzyjnie odgraniczyć. Nie to jest jednak najważniejsze. Poznanie aspektów śmierci ma znaczenie praktyczne – za-

¹ A. Ostrowska: *Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa*. Warszawa 1997.

² M. Adamkiewicz: *Zagadnienie śmierci w bioetyce*. Warszawa 2002, s. 104–105.

pewnienie umierającym właściwej opieki i dobrej, godnej śmierci, ukazanie ludziom potrzeby refleksji oraz dokonania zmian w postawie do życia i śmierci.

Postawy wobec śmierci

Lęk przed śmiercią jest stałym elementem ludzkiej egzystencji, to on wyzwał potrzebę zrozumienia tego niepokojącego zjawiska i poszukiwania sposobów kontrolowania własnych zachowań wobec śmierci. Przez długi czas śmierć była postrzegana jako fakt konieczny, naturalny, budzący lęk, ale nie sprzeciw. Pod wpływem zmian w chrześcijańskiej cywilizacji Zachodu (laicyzacja, zakwestionowanie wiary w nieśmiertelność duszy, urbanizacja sprzyjająca tworzeniu się rodzin nuklearnych, postęp medycyny wpływający na medykację śmierci i zatarcie granicy między życiem a śmiercią³) nastąpiły przemiany postaw wobec śmierci. Śmierć z „oswojonej” stała się „zdziczała”. Philippe Ariès, francuski historyk, wyróżnił czasowe następstwo dwóch zasadniczych wzorców śmierci, ukazywał, jak powolne przemiany postaw ludzi doprowadziły do przewrotu w obyczajach⁴.

Pierwszy wzorzec to **śmierć oswojona**: cechuje go postawa pogodzenia się ze śmiercią przez ujęcie śmierci w społeczny rytuał (zwiastuny śmierci i oczekiwanie na śmierć, publiczny charakter umierania, rytuał pogrzebowy), pojmowanie śmierci naturalnej jako nieuchronnej, koniecznej (wszyscy muszą umrzeć, przetrwamy w rodzie, plemieniu, w raju), postawa wobec zmarłych była obojętna lub spoufalona (cmentarze lokowano blisko siedlisk ludzkich, były one centrum życia publicznego). Wzorzec ten przetrwał do początku XX wieku, na południu i wschodzie Europy (także w Polsce) spotykany był do lat pięćdziesiątych. W ramach wzorca śmierci oswojonej Ariès wyróżnił cztery podwzorce. Pierwszy z nich (**umrzemy wszyscy**) charakteryzuje się spokojną postawą typową dla pogaństwa i wczesnego chrześcijaństwa. Znamienne rysy tej postawy to oczekiwanie oraz przeczuwanie

³ A. Ostrowska: *Śmierć w doświadczeniu...*, s. 25–38.

⁴ Ph. Ariès: *Człowiek i śmierć*. Warszawa 1989; *Antropologia śmierci. Myśl francuska*. Warszawa 1993. Ariès przyznaje, że przejął od E. Morina hipotezę głoszącą, że istnieje relacja między postawą wobec śmierci a świadomością własnej indywidualności, z kolei praca V. Jankélévitcha była inspiracją, by nazwać niektóre z podwzorców (umrzemy wszyscy, własna śmierć, twoja śmierć).

nadchodzącej śmierci, uznanie śmierci nagłej lub potajemnej za haniebną (dobra śmierć to taka, która jest poprzedzona zwiastunami, odbywa się zgodnie z rytuałem i w obliczu świadków). Konanie było zjawiskiem prostym – umierający brał udział w ceremoniale (np. prosił o przebaczenie, żegnał się z żywymi, wybierał miejsce na grób), godził się z nieuchronnością śmierci. Zmarli nie budzili lęku – żywi i zmarli „sąsiadują” ze sobą (cmentarze buduje się w mieście, a nie poza murami, są one miejscem spotkań mieszkańców). Około IX wieku (najpierw w klasztorach potem, gdzieś od XIII wieku w kręgach świeckich) pojawia się drugi podwzorzec (**własna śmierć**). Wraz z rozwojem chrześcijaństwa i wiary w zbawienie wzrasta indywidualizacja śmierci. Ludzie postrzegali siebie jako grzeszników zasługujących na karę. Poczucie winy i odpowiedzialności osobistej wobec Boga zrodziło poczucie własnej tożsamości, indywidualności i historii na tym i na innym świecie. Tym samym zrodziła się świadomość własnej śmierci, wzrósł też poziom lęku przed śmiercią. To skłaniało do porzucenia anonimowości grobów i uczynienia z nich pomników pamięci. Rysem znamionym tej postawy jest wiara w stan spoczynku, coś pośredniego między zgiełkiem ziemskiego życia a kontemplacją nieba (stąd poza postaci leżących na grobowcach, pomnikach oraz krzyż). Postawa taka upowszechnia się wśród elit intelektualnych oraz finansowych oraz w wieku XVII uzyskuje przewagę, trwa do końca XVIII wieku. Od XVI wieku – jak sądzi Ariès – zaczęła się przemiana ludzkiej wrażliwości i proces dziczenia śmierci. Pojawia się następny podwzorzec (**śmierć długa i bliska**). W XVII wieku dominuje w świadomości ludzi myśl, że życie jest kruche, krótkie i w każdej chwili muszą być gotowi na stawienie się przed Bogiem oraz rozliczenie się ze swoich uczynków. Myśl o śmierci towarzyszy jednostce przez całe życie, towarzyszy jej metafizyczny smutek i rosnący lęk, by w XVIII wieku przybrać formę niezdrowej ciekawości, perwersyjnych dewiacji (nekrofilia, makabryczny erotyzm) i strachu przed pogrzebaniem żywcem. To wiek racjonalizmu, wynalazków naukowych oraz wiary w postęp i jego zwycięstwo nad naturą przyczynił się do ukształtowania nowej wizji śmierci – jako faktu przyrodniczo-medycznego bez znaczenia religijno-eschatologicznego. Czwarty podwzorzec (**twoja śmierć**) pojawił się w XIX wieku, gdy romantyzm odkrył śmierć bliskich. Jeśli ludzie wierzą w dalsze życie, śmierć nie jest dla nich końcem istnienia ukochanej osoby. Pomimo bóleści i żalu, który wywoływała, nie uznawano ją za brzydką czy przeraźliwą. Uznawano ją za piękną, a uczestnictwo w obrzędach śmierci traktowano jak udział we wspólnym widowisku. Ariès dostrzegł tu pewną sprzeczność – pomimo pozornej jawności śmierć zaczęła się ukrywać pod postacią piękna. Przyczyną tego, jak sądzi, była niewiara ludzi w piekło – w obliczu zniknięcia piekła zło osunęło się od śmierci.

Należy dodać, że pomiędzy wymienionymi podwzorcami trudno wyznaczyć ostre granice. Wszystkie mieszczą się we wzorcu śmierci oswojonej,

dlatego że śmierć nie była aktem tylko osobistym, lecz miała wymiar wspólnotowy; śmierć była w nich zrytualizowana jako zjawisko publiczne, wiara w dalsze życie osłabiała lęki tanatyczne. Ale już w kolejnych podwzorcach pojawiały się cechy, które doprowadziły do powstania drugiego wzorca.

Z początkiem XX wieku pojawia się wzorec **śmierci zdziczałej**. Charakteryzuje się on wyparciem śmierci ze świadomości indywidualnej i społecznej (o śmierci się nie myśli i nie mówi, następuje zanik żałoby, śmierć otacza krąg kłamstw i tajemnic, staje się ona brzydka, brudna). Śmierć dziczeje, podobnie „jak dziczeje oswojony zwierzak wypędzony z domu czy obecnie zapuszczony, a niegdyś uprawny ogród. W ten sposób zdziczała śmierć zaczyna napawać współczesnego człowieka coraz większym lękiem.”⁵ W ramach wzorca śmierci zdziczałej Ariès umieszczał podwzorec **śmierci opacznej**. Śmierć na opak jest zaprzeczeniem śmierci oswojonej. Jest to samotne umieranie w szpitalu, pośród obcych ludzi, w nieświadomości swego stanu, bez możliwości wpływu na proces umierania i moment śmierci (o tym decydują lekarze). Dokonana przez Arièsa klasyfikacja wzorców umierania dotyczyła czasów do lat siedemdziesiątych XX wieku.

Zdaniem K. Szewczyka⁶ dzisiaj należy ją uzupełnić o kolejne podwzorce śmierci zdziczałej, które ukształtowały się w ostatnich latach. Jeden z nich nazywa się **śmiercią zrationalizowaną**. Cechuje się ona starannym zaplanowaniem, niezawodnością i estetyką samobójstwa umierającego, daje poczucie panowania nad skończonością. Obecność śmierci w świadomości człowieka upodabnia ten styl umierania do śmierci długiej i bliskiej, ale różni się on od śmierci długiej oraz bliskiej małą wiarą w Boga-Sędziego, a także większym strachem przed skończonością. „Robienie” własnej śmierci ma ten lęk zminimalizować – racjonalny plan śmierci jest nadawaniem jej sensu, wpływa także na nadanie sensu swojemu życiu, stanowi wyjście z indywidualnej samotności, bo wciąga rodzinę, bliskich, lekarzy, prawników i innych specjalistów. Śmierć zrationalizowana to typ nietrwały, dążący do następnego podwzorca, **śmierci na uzgodnienie**. Pojawiła się ona w wyniku dyskusji nad eutanazją dobrowolną. Wykonanie śmierci jest zlecone lekarzowi przez pacjenta i traktuje się je jako usługę świadczoną cierpiącemu. Lekarz ma być fachowcem od śmierci, bezstronnym ekspertem od zadawania śmierci. Autonomia chorego sprowadza się do wyrażenia zgody, decyzja o śmierci należy do lekarzy: oni decydują o racjonalności decyzji chorego, o stanie chorego i możliwości łagodzenia jego cierpienia.

⁵ K. Szewczyk: *Lęk, nicość i respirator. Wzorce śmierci w nowożytnej cywilizacji Zachodu*. W: *Umierać bez lęku. Wstęp do bioetyki kulturowej*. Red. M. Gałuszka, K. Szewczyk. Warszawa 1996, s. 16.

⁶ Ibidem.

Oba podwzorce, zdaniem K. Szewczyka, nie zrywają z ideologią szpitalną oraz medykacją śmierci, rozluźniają związek śmierci z chorobą, pozornie bronią autonomii chorego – w istocie bronią interesów społeczeństwa i przedkładają je nad dobro jak również autonomię chorego, nie redukują skutecznie lęku przed śmiercią, a nawet przeciwnie, powodują wzrost strachu przed śmiercią-nicością tak dalece, że chcemy, by nas zabito przed jej nadjeściem. Różnią się od śmierci opacznej tylko tym, że przywracają śmierć społeczeństwu i kulturze⁷, ale nadal pozostaje ona przerażająca, wroga.

Współcześnie, podkreśla Szewczyk, należy lansować i aprobować wizerunek **spokojnej, dobrej śmierci**. Byłby to powrót do śmierci oswojonej. Warunkiem jego zaistnienia jest indywidualna oraz społeczna akceptacja skończoności człowieka, uznanie śmierci za ostatni, ważny etap życia (a nie jego zaprzeczenie), odrzucenie przez medycynę postawy walki z chorobami oraz śmiercią na rzecz troski o cierpiących i umierających. Spokojna śmierć to śmierć pod kontrolą fachowców łagodzących strach i cierpienia (w hospicjum lub w domu), w otoczeniu osób bliskich, śmierć, na którą zgadza się umierający i jego otoczenie. Lęki tanatyczne osób towarzyszących umierającemu rozładują się w pełnym troski trwaniu przy chorym. To z kolei pomoże umierającemu uporać się ze swoimi obawami. Będzie to rodzaj nagrody za zgodę na śmierć. Sama taka zgoda może dać umierającemu poczucie siły i przysporzy znaczenia jego śmierci. K. Szewczyk ma nadzieję, że jest to możliwe pod warunkiem, że osłabnie wiara w naukę i postęp techniczny (ludzie porzucą złudną nadzieję na to, że postępy medycyny zapewnią nam świat bez chorób i śmierci, uznają śmierć za końcowy etap życia) oraz nastąpi proces kulturowego nadawania sensu chorobom i cierpieniu poprzez metaforyzację śmierci, choroby, cierpienia. To ostatnie będzie możliwe – jak sądzi K. Szewczyk – gdy bioetyce regulatywnej (normatywnej), kierującej się ku opracowaniu reguł kierujących jednostkowymi wyborami moralnymi przeciwstawi się bioetykę kulturową, która ma przewyciężyć indywidualizm bioetyki regulatywnej przez uwzględnienie społecznego, kulturowego kontekstu problemów etycznych. Filozoficzne podstawy bioetyki kulturowej mają opierać się na odmiennych założeniach niż te, które obecne są w bioetyce regulatywnej⁸. Antropologia tej bioetyki zakłada, że *Homo sapiens* to całość funkcjonalna, element żywego systemu.

⁷ K. Szewczyk: *Dobro, zło i medycyna. Filozoficzne podstawy bioetyki kulturowej*. Warszawa–Łódź 2001, s. 316 i n.

⁸ Problem odróżnienia bioetyki regulatywnej od kulturowej jest ważny, ciekawy i wymagający poświęcenia mu większej uwagi. W tym miejscu, z uwagi na ograniczenia objętości pracy, poświęcam mu tyle miejsca, ile jest niezbędne, by wyjaśnić kwestię metaforyzacji choroby i śmierci. Zob. K. Szewczyk: *Dobro, zło i medycyna. Filozoficzne podstawy bioetyki kulturowej*. Warszawa 2001; M. Gałuska, K. Szewczyk: *Narodziny i śmierć. Bioetyka kulturowa wobec stanów granicznych życia ludzkiego*. Warszawa–Łódź 2002.

Jako zwieńczenie ewolucji jest on zagrożony utratą równowagi (cierpienie narasta wprost proporcjonalnie do filogenetycznego zaawansowania gatunku, ekscentryczność człowieka jest powodem niestabilności). Gatunek ludzki składa się z trzech podukładów (cielesności, ducha, kultury) połączonych dodatnimi i ujemnymi sprzężeniami zwrotnymi. Kultura dla człowieka jest oparciem przed ewolucyjnym upadkiem, pełni funkcję anksjolityczną – łagodzi lęk przed śmiercią, chorobą, cierpieniem. W kulturze współczesnej współistnieją trzy podstawowe symbole tanatyczne: Boga-Sprawiedliwego Sędziego (jego siła osłabła wraz z erozją wiary), Nauki Wyzwolicielki od cierpień i śmierci (jego znaczenie maleje od lat siedemdziesiątych XX wieku wraz z ruchami ekologicznymi oskarżającymi technologię o zło wyrządzone w świecie), Drugiego człowieka (obecna w filozofii dialogu, w relacjonizmie etycznym Emmanuela Lévinasa). Pustkę po zużywających się tanatycznych podporach Boga-Sprawiedliwego Sędziego i Nauki-Wyzwolicielki może spełnić trzeci symbol. W zmedyalizowanych społeczeństwach najlepszym sposobem zmniejszenia tanatycznych lęków będzie medycyna, ale uwolniona od dwóch pierwszych symboli, wrażliwa na mowę cierpiącego człowieka (Ty). Dialog umożliwią obecne w kulturze metafory maladyczne: adamička i hiobowa. Mit Adama głosi, że cierpienie, choroby, śmierć są karą za grzech przodków i dlatego stanowią nieodłączne składniki ludzkiej egzystencji. Mit Hioba traktuje je jako jednostki wyróżnione przez Boga. Współcześnie te dwa mity uległy sekularyzacji i łączą się ze sobą w jedną próbę wytłumaczenia cierpienia, choroby (choroba jest karą za zły tryb życia oraz szansą na odkrycie, że dotychczasowe życie było nieautentyczne, jest też szansą na budowę nowej autentycznej egzystencji). Obie metafory mają kulturową moc sensotwórczą i trzeba je wykorzystać do złagodzenia tanatycznych lęków. Ma to zrobić dobra medycyna rozumiana jako sztuka zapobiegania, leczenia, łagodzenia bólu, cierpień oraz zapewnienia spokojnej śmierci.

Obawiam się, że warunki pojawienia się wzorca dobrej śmierci są zbyt wygórowane, by mogły być w najbliższym czasie spełnione. Możemy pytać: Kto ma monopol na odczytanie metafor źródłowych (lekarz, pacjent, rodzina)? Metafora adamička może równie dobrze służyć uzasadnieniu wyzwolenia człowieka kosztem błędów (grzechu) oraz jego skutków, jak również określeniu sfery tabu, zakazom. Metafora Hioba może służyć trosce o cierpiącego, umierającego (opieka paliatywna bez eutanazji), ale i ingerowaniu w preferencje pacjenta, o ile inaczej będzie ją odczuwał, np. zakaz eutanazji czy pomocy w samobójstwie lub choćby ich moralne potępienie może służyć temu, że pod osłoną troski każe się człowiekowi znosić cierpienie, którego nie akceptuje, narzuci się wszystkim jedno rozumienie sensu cierpienia. Problemem jest określenie cierpienia „ponad konieczną miarę” – czyje intuicje tu decydują, pacjenta czy służb medycznych? Tu też może

pojawić się instytucjonalizacja w pojmowaniu choroby, cierpienia, śmierci. Ubezważnowolnienia pacjenta można dokonać, kierując się nie tylko autonomią, ale i dobrem wspólnoty (to drugie nawet szybciej może doprowadzić do takiego skutku). Nadzieja, że wszyscy ludzie tak samo odczytają metafory źródłowe, jest zbyt wielka. Bioetyka kulturowa może być bardziej elitarna, hermetyczna, zamknięta w gronie specjalistów od metaforyzacji niż bioetyka regulatywna. Mam wątpliwości, czy chory, cierpiący człowiek może samodzielnie oraz kompetentnie to zrobić. Treść metafor może być laicka i religijna, np. mit postępu jest świecki, ale można go zinterpretować czy uzgodnić z przekonaniem religijnym w moc Opatrzności, mit adamicki ma źródła religijne, ale można nadać mu treść laicką. Odczytanie metafor może wieść w różnych kierunkach i też skazane jest na potoczne intuicje. Proponowany przez K. Szewczyka wzorzec dobrej, spokojnej śmierci przypomina mi jednak śmierć na uzgodnienie – jest tu przecież cicha umowa: my (lekarze, rodzina, opiekunowie) będziemy się o ciebie troszczyć pod warunkiem, że nie będziesz stawiał zbyt wysokich wymagań, pogodzisz się ze śmiercią, właściwie pojmiesz sens swojej choroby i śmierci, nie będziesz (w domyśle) żądał eutanazji.

Terapia daremna, uporczywa, użyteczna

Postęp nauk medycznych, oprócz niekwestionowanych korzystnych skutków: zmniejszenia się śmiertelności niemowląt, wydłużenia średniej życia, sukcesów w leczeniu wielu chorób, doprowadził do możliwości przedłużania ludzkiego życia za wszelką cenę, poza granice rozsądku i humanitaryzmu. Zapewne przyczynił się do tego proces medykalizacji życia i śmierci prowadzący do zatarcia różnicy między nimi. Choć przyjmujemy, że wartość ludzkiego życia jest duża, często „trudno jest określić, co się na tę wartość składa, jak dalece jest ona uniwersalna i niezmienna, a jak bardzo stopniowalna i zależna od kontekstu społecznego”⁹. Zwykle aprobujemy bohaterskie czyny ratowania życia, potępiamy zaś te, które zmierzają do jego przerwania. W konkretnych sytuacjach mamy kłopot z zastosowaniem tych ogólnych norm dotyczących obrony życia ludzkiego – chodzi tu o takie interwencje w trwanie życia, które można określić jako uporczywe, heroiczne, ale daremne, bezużyteczne, bo nie przynoszące

⁹ A. Ostrowska: *Śmierć w doświadczeniu...*, s. 66.

korzyści choremu (szansa na ich skuteczność jest bliska zeru, choremu przysparza się cierpienia) ani innym ludziom (stosowanie kosztownych środków do ratowania, przedłużania jednego życia narusza zasady sprawiedliwości, bo nie pozwala na udzielenie skutecznej pomocy innym, lżej chorym). Podobne kłopoty mamy z określeniem: kiedy zrezygnować ze stosowania środków medycznych (wycofać je lub w ogóle nie stosować), które środki uznać za obowiązkowe (zwyczajne), a które za nadzwyczajne, czy jest jakaś różnica między działaniem a zaniechaniem w praktyce medycznej¹⁰.

Dyskusja o tym, jakie postępowanie lekarskie jest użyteczne, toczy się nie tylko w literaturze bioetycznej czy ośrodkach akademickich. Przeniosła się także do sądów, w których coraz częściej rozpatruje się tragiczne przypadki zaniechania lub podjęcia działań medycznych podtrzymujących życie. Do głośnych kazusów należą sprawy:

- Nancy Cruzan, pacjentki w stanie trwale wegetatywnym, której rodzina zażądała usunięcia sondy odżywiającej. Sąd Najwyższy nie udzielił zgody, pacjentka po ośmiu latach zmarła;
- Baby Doe, noworodka z zespołem Downa, którego rodzice nie zgodzili się na operację chirurgiczną korygującą anomalie fizyczne, w wyniku czego dziecko zmarło;
- Baby L, dziecka z wadami (niewidome, głuche, z porażeniem czterech kończyn), którego rozwój zatrzymał się na poziomie trzech miesięcy i którego matka domagała się stosowania wszystkich dostępnych środków medycznych;
- Helgi Wanglie, pacjentki w stanie trwale wegetatywnym, której rodzina domagała się stosowania wszelkich środków medycznych, bo utrzymywała, że jest to zgodne z wolą pacjentki;
- Tony’ego Blanda, znajdującego się w stanie trwale wegetatywnym, wobec którego sąd zezwolił na zaprzestanie nawadniania i odżywiania.

To, że podobne sprawy coraz częściej trafiają do sądów i że w podobnych przypadkach sądy wydają odmienne werdykty, świadczy w pewnej mierze o skali zagubienia ludzi w określeniu wartości życia i sensowności jego przedłużania¹¹.

¹⁰ Nie są to pytania akademickie, stawiają je sami lekarze. Por. Ch. Barnard: *Godne życie, godna śmierć*. Warszawa 1996; J. Bréhant: *Thanatos. Chory i lekarz w obliczu śmierci*. Warszawa 1993.

¹¹ Spraw tych jest sporo. Przedstawiają je m.in. T.L. Beauchamp, J.F. Childress: *Zasady etyki medycznej*. Warszawa 1996, gdzie i w treści pracy, i w dodatku zamieszczonym na końcu znajdziemy najważniejsze kazusy w bioetyce; P. Singer: *O życiu i śmierci. Upadek etyki tradycyjnej*. Warszawa 1997; L.M. Kopelman: *Pojęciowe i moralne problemy terapii daremnej i użytecznej*. W: *Dylematy bioetyki*. Red. A. Alichiewicz, A. Szczesna. Łódź 2001.

W tradycji religijnej, także w prawie, filozofii, kodeksach zawodowych – jak sądzą Beauchamp i Childress¹² – wypracowano przekonania dotyczące niekrzywdzenia. Służą one do wydawania decyzji, kiedy podejmować leczenie lub nie podejmować go. Niektóre z nich są nadal użyteczne, z niektórych należałoby zrezygnować lub zastąpić je przekonaniami alternatywnymi. Tradycyjne przekonania określające nieszkodzenie w medycynie opiera się na rozróżnieniach między: 1) niepodjęciem a wycofaniem środków podtrzymujących życie, 2) środkami nadzwyczajnymi (heroicznymi) a zwyczajnymi, 3) sztucznym odżywianiem a medycznymi technikami podtrzymującymi życie, 4) skutkami zamierzonymi a jedynie przewidywanymi. Autorzy sądzą, że popularność tych rozróżnień i ich powszechne stosowanie nie świadczą o ich słuszności. Są one często szkodliwe. Proponują, by z nich zrezygnować oraz zastąpić je rozróżnieniem na obowiązkowe i alternatywne sposoby leczenia oraz bilansem korzyści i strat.

Niepodjęcie i wycofanie leczenia

Zwykle lekarze czy krewni pacjentów czują się bardziej usprawiedliwieni, gdy decydują o niepodjęciu leczenia. Zaprzestanie leczenia budzi obawy, bo towarzyszy mu intuicja, że wycofanie środków podtrzymujących życie jest bardziej brzemienne w skutki (wyłączenie respiratora powoduje śmierć pacjenta, niepodłączanie pacjenta do respiratora może być uznane za przejaw roztropności). Beauchamp i Childress powołują się na następujący przypadek, by pokazać złożoność sytuacji oraz niesłuszność intuicji o różnicy między niepodjęciem a wycofaniem leczenia. „Starszy, niedołężny mężczyzna cierpi na wiele schorzeń, w tym na raka. Nie ma żadnych szans na wyleczenie [...], znajduje się w stanie komatozy, nie ma z nim żadnego kontaktu. Przez cały czas podaje mu się wodę i pożywienie dożylnie oraz antybiotyki zwalczające infekcje. Nie ma żadnych dowodów, że staruszek wyrażał wolę podtrzymywania go sztucznie przy życiu, gdy był jeszcze kompetentny. Nie ma przy nim nikogo bliskiego, kto mógłby się podjąć roli prawnego opiekuna. W tej sytuacji personel postanowił nie reanimować chorego, gdyby doszło do zatrzymania pracy płuco-serca, co w praktyce oznaczało przyzwolenie na śmierć. Wszyscy uważali, że była to decyzja słuszna, zważywszy na beznadziejny stan pacjenta i brak jakichkolwiek rokowań. W końcu na ich przekonaniu zaważył fakt, że decyzja dotyczyła raczej niepodjęcia działań zmierzających do ratowania życia niż do wyco-

¹² T.L. Beauchamp, J.F. Childress: *Zasady etyki medycznej...*, s. 208.

fania środków podtrzymujących życie.”¹³ Niektórzy sądzili nawet, że należy w tym wypadku zaprzestać stosowania wszystkich środków, łącznie z odżywianiem, nawadnianiem oraz podawaniem antybiotyków, bo są one środkami nadzwyczajnymi i heroicznymi. Część stała na stanowisku, że nie wolno wycofać środków, które zastosowano. Spór dotyczył m.in. tego, czy można nie podłączać ponownie kroplówki, gdyby zaczęła naciekać (tzn. gdyby przedarła się przez naczynia krwionośne i rozlała się na sąsiednie tkanki). Nie było jasności co do tego, czy ponowne podłączenie kroplówki byłoby ponownym rozpoczęciem leczenia czy kontynuacją, a decyzja o niepodłączeniu – niepodjęciem leczenia czy jego zaprzestaniem?

Wycofanie środków podtrzymujących życie może wyzwać poczucie większej odpowiedzialności za śmierć pacjenta i poczucie winy niż w razie niepodjęcia działań. Dodatkowym czynnikiem wzmagającym niechęć do wycofania środków podtrzymujących życie jest przekonanie, że rozpoczęcie interwencji zakłada jej kontynuowanie, a wycofanie przekreśla obietnice i zobowiązania, jakie lekarz składa pacjentowi oraz jego najbliższym. Lepiej więc może nie składać nierealnych obietnic i w ogóle nie podejmować działania. Z drugiej strony sądy orzekające w podobnych przypadkach uznają, że niepodjęcie działania jest przestępstwem, jeśli istniał obowiązek działania. Jest to o tyle zrozumiałe, że dopiero po rozpoczęciu terapii można postawić diagnozę, szacować przewidywane korzyści i szkody płynące z podjętego leczenia. Wstępne leczenie należy jednak zaliczyć do zadań opieki medycznej. Rozróżnienie na niepodjęcie i zaprzestanie leczenia, jak uważają Beauchamp i Childress, nie jest jasne, nie da się go w etyce medycznej utrzymać, jedno i drugie może być usprawiedliwione w zależności od zaistniałej sytuacji. Rozróżnienie takie może prowadzić do uporczywej, heroicznej terapii (przedłużania życia pacjenta wbrew jego woli i jego interesom), do stosowania niedostatecznej terapii. „Uważamy zatem, iż takie rozróżnienie jest moralnie nieistotne. Tam, gdzie można dopuścić niepodjęcie terapii, można również dopuścić jej wycofanie. W powyższym rozróżnieniu tkwi natomiast potencjalne niebezpieczeństwo dla niektórych pacjentów, gdyż ono właśnie leży u podstaw niechęci lekarzy do zatrzymywania, a zatem i do rozpoczynania terapii, której potem nie da się już przerwać. [...] pacjent ma zawsze prawo domagać się zaprzestania leczenia. Przy podejmowaniu decyzji o rozpoczęciu i zakończeniu danej kuracji powinniśmy brać pod uwagę jego interes i prawa, a w związku z tym także jego subiektywną ocenę korzyści i obciążeń, jakie pociągnie za sobą terapia.”¹⁴

¹³ Ibidem, s. 209.

¹⁴ Ibidem, s. 211.

Środki nadzwyczajne i zwyczajne

To rozróżnienie często jest stosowane do aprobowania lub potępiania środków podtrzymujących życie lub ich wycofania. Zwykle uważa się, że środki nadzwyczajne mogą być odstawione, środki zwyczajne zawsze muszą być stosowane. Podział na środki nadzwyczajne i zwyczajne służy niekiedy do określenia, kiedy czyn jest samobójstwem lub zabójstwem, a kiedy rezygnacją z terapii. Myślenie takie jest obecne w praktyce medycznej, sądowniczej i katolickiej teologii. Termin „zwyczajny” oznacza najczęściej „tradycyjny”, „zwykle używany”, odpowiednio „nadzwyczajny” to „nietradycyjny”, „niezwykły”. Tradycja lekarska, jak sądzą Beauchamp i Childress, nie może być wystarczającym oraz ostatecznym punktem odniesienia poglądów współczesnych ludzi. Decydujące znaczenie powinny mieć życzenia pacjenta i rozpoznanie lekarskie. Przykładowo leczenie zapalenia płuc za pomocą antybiotyków jest zwyczajnym sposobem postępowania, ale pacjent chory na AIDS lub nowotwór może zakwestionować taki sposób terapii. Próbowano inaczej zdefiniować środki zwyczajne i nadzwyczajne: środki zwyczajne to te proste, naturalne, nieinwazyjne, a nadzwyczajne to złożone, sztuczne, inwazyjne. Każde leczenie, o ile jest proste, tanie, naturalne, rutynowe, nieinwazyjne zostałoby uznane za obowiązkowe (zwyczajne), odpowiednio leczenie złożone, drogie, sztuczne, inwazyjne musiałoby być uznane za nadzwyczajne czy heroiczne (nadobowiązkowe). Jednak, jeśli pacjenta poddajemy skomplikowanym zabiegom w jego interesie i za jego zgodą, dlaczego upierać się, że taka terapia różni się znacząco od tej prostej, rutynowej, taniej także zgodnej z wolą i interesem pacjenta? Jeszcze trudniej wyznaczyć granicę między środkami sztucznymi i naturalnymi – zwykle lekarze uznają urządzenia (respiratory, aparaturę do dializy) za sztuczne, a leki, kroplówki za naturalne, choć jeszcze kilkanaście lat temu były one zaliczane do sztucznych, nadzwyczajnych środków medycznych. Istotne jest to, że rozróżnienie na środki nadzwyczajne i zwyczajne nie daje wskazówek do podjęcia słusznej decyzji w sprawie leczenia lub niepodjęcia terapii. I sposoby zwyczajne, i nadzwyczajne mogą okazać się korzystne dla pacjenta lub być dla niego nadmiernym obciążeniem. Ważniejszym rozróżnieniem jest kryterium jakości życia, nakazujące bilans zysków i strat, jakie przyniesie dana terapia. Z tego powodu autorom odpowiada koncepcja środków zwyczajnych i nadzwyczajnych zaproponowana przez R. Kelly’ego: „Środki zwyczajne to takie lekarstwa, sposoby leczenia i zabiegi, które dają rozsądną nadzieję poprawy i mogą być zdobyte oraz zastosowane bez specjalnych kosztów, nadmiernego bólu i innych niedogodności. Środkami nadzwyczajnymi są takie leki, sposoby leczenia i zabiegi, których nie można zdobyć lub

stosować bez specjalnych kosztów, nadmiernego bólu czy innych niedogodności, przy czym nie dają one rozsądnej nadziei na poprawę.”¹⁵

W wypadku pacjentów kompetentnych oni sami mają prawo oszacować spodziewane zyski oraz straty oraz wydać zgodę na leczenie; leczenie pacjentów niekompetentnych nie może być obowiązkowe, jeśli będzie wiązało się ze szczególnymi uciążliwościami (które oszacuje ich opiekun lub lekarz). Uznanie przez autorów, że dystynkcja na środki zwyczajne i nadzwyczajne jest moralnie nieistotna oraz powinna być zastąpiona koncepcją leczenia obowiązkowego i nieobowiązkowego opartego na oszacowaniu korzyści i szkód danej terapii, wydaje się godna uznania. Wypada do niej dodać jeszcze jedną uwagę: kryterium jakości życia pacjenta zależy (i jest stosowane) nie tylko ze względu na skutki terapii, ale także ze względu na przypisywaną mu wartość życia. Zwraca na to uwagę A. Ostrowska¹⁶, wskazując, że „społeczna atrakcyjność człowieka, jego pozycja społeczna jest ważnym kryterium ratowania życia, obowiązującym nie tylko na terenie medycyny”. Przykładem jest Lew Landau, wybitny radziecki fizyk teoretyczny, który po wypadku samochodowym w 1962 r. znalazł się w stanie określonym jako „beznadziejny”, ale po intensywnych zabiegach reanimacyjnych („umarł” cztery razy, stu lekarzy nieustannie czuwało nad nim i robiło wszystko, by nadal żył) w jedenaście miesięcy później mógł siedzieć na łóżku. Landau, choć nigdy nie wyzdrowiał, żył jeszcze sześć lat i był zdolny do pracy intelektualnej. Drugi przykład podany przez Ostrowską także świadczy o tym, że norma nakazująca ratować życie nie działa jednakowo wobec wszystkich ludzi. Po zatonięciu *Titanica* w 1913 r. okazało się, że spośród 143 pasażerek I klasy zginęły tylko 4 (w tym trzy dobrowolnie zostały na tonącym statku), z 93 pasażerek II klasy zginęło już 15, ze 179 pasażerek III klasy – 51 kobiet. Nierówności społeczne mają swoje odzwierciedlenie w opiece medycznej. Intensywność ratowania życia ludzkiego, jak się okazuje, nie zależy tylko od medycznej oceny stanu pacjenta, ale od wieku, sytuacji rodzinnej, pozycji społecznej. Mniej aktywności wyzwalają ludzie starzy, biedni, samotni, chorujący na typowe choroby, zaniedbani, budzący odrazę (pijani, wydający odór moczu, kału, wymiotujący). Nawet lekarze (świadomie lub podświadomie) krócej zatrzymują się w czasie obchodu przy łóżkach takich pacjentów. Selekcja pacjentów odbywająca się w izbie przyjęć również wskazuje na to, że lepiej traktuje się ludzi dobrze ubranych, wyglądających na należących do wyższych warstw społeczeństwa niż ludzi starych, zaniedbanych, pijanych. Ci ostatni, podkreśla Ostrowska, mają większą szansę na to, by zostali uznani za zmarłych w momencie przyjęcia do szpitala, ale mało kto mówi w tych wypadkach o eutanazji.

¹⁵ R. Kelly SJ: *The Duty to Preserve Life*. „Theological Studies” 1951, No. 12, s. 550, cyt. za: T.L. Beauchamp, J.F. Childress: *Zasady etyki medycznej...*, s. 214.

¹⁶ A. Ostrowska: *Śmierć w doświadczeniu...*, s. 74.

Żywienie a środki medyczne

Ostatnio pojawił się problem odróżnienia środków medycznych od żywnościowych (pokarm i płyny podawane za pomocą igieł, zgłębników, katecterów). Rozróżnienie to starano się wykorzystać do ustalenia, kiedy zaniechanie środków podtrzymujących życie jest usprawiedliwione, a kiedy należy je potępić jako odstępianie od obowiązku. Czy żywienie zaliczyć do środków medycznych lub rutynowej opieki nad pacjentem, czy też uznać je za niemedyczny (nieobowiązkowy) środek podtrzymywania życia – pytanie to pojawia się w wypadkach: 1) stanów trwale wegetatywnych, kiedy nie ma potrzeby zastosowania aparatury podtrzymującej funkcje życiowe (pień mózgu steruje funkcjami wegetatywnymi), ale pacjent nie może samodzielnie pobierać wody i pokarmu, 2) pacjentów niekompetentnych, u których nastąpiła znaczna utrata władz umysłowych, nie rokujących jednocześnie nadziei na poprawę.

Do uświadomienia lekarzom, prawnikom, teologom problemu przyczynił się m.in. przypadek Karen Ann Quinlan¹⁷. 12.04.1975 r. 21-letnia Karen wypila alkohol i zażyła jakiś lek lub narkotyk, na skutek czego straciła oddech. Po przywiezieniu do szpitala podłączono ją do respiratora. Neurolog stwierdził, że w mózgu Karen zaszły nieodwracalne zmiany. Dziewczyna była nieprzytomna, choć występowały u niej reakcje odruchowe na ból, światło, dźwięk, zapach. Po trzech miesiącach ojciec zażądał odłączenia respiratora, na co lekarze nie zgodzili się, uznając to za zabójstwo. Rodzice byli katolikami, zwrócili się do Kościoła z pytaniem, czy można odłączyć córkę od respiratora – otrzymali zgodę i zapewnienie, że odstawienie sztucznych środków podtrzymujących życie nie jest grzechem. Ojciec wystąpił do sądu z wnioskiem o uznanie go za opiekuna, by mógł decydować o losie córki. Dopiero w 1976 r. Sąd Najwyższy stanu New Jersey przyznał ojcu prawo odłączenia córki od aparatury w imię „prawa pacjentki do prywatności”. Po odstawieniu respiratora okazało się, że Karen oddycha samodzielnie. Żyła jeszcze 10 lat odżywiana przez zgłębnik, niezdolna do komunikacji, będąc w stanie komatozy, leżąc w pozycji płodu, doznając ataków bezdechu. Z powodu licznych infekcji i odleżyn podawano Karen antybiotyki. W ciągu tego czasu jej waga spadła z 115 do 70 funtów. Zmarła w lipcu 1985 r. bez odzyskania przytomności. Jeśli w przypadku Karen uznano, że dopuszczalne jest odstawienie respiratora, to czy z tych samych powodów nie można zrezygnować ze sztucznego odżywiania? Rodzice Karen nie żądali tego, bo w ich przekonaniu zgłębnik nie narażał ich córki na ból.

¹⁷ Opisany w: J. Hołó w k a: *Etyka w działaniu*. Warszawa 2001, s. 113; T.L. Beauchamp, J.F. Childress: *Zasady etyki medycznej...*, s. 215.

Sądy podejmujące decyzję w sprawie sztucznego odżywiania (np. kazus Paula Brophy'ego, Tony'ego Blanda) często orzekały, że między sztucznym odżywianiem a innymi środkami medycznymi przedłużającymi życie nie ma różnicy. Tym samym sztuczne odżywianie zaczęto traktować jako środek medyczny, który może być korzystny lub uciążliwy dla pacjenta. Beauchamp i Childress są zdania, że – tak jak inne środki medyczne – odżywianie można w pewnych sytuacjach wycofać, bo podlega ono tym samym kryteriom oceny, co pozostałe środki podtrzymujące życie.

Nie wszyscy zgadzają się z takim poglądem. Sądzą (np. G.E.M. Anscombe, C. Everest Koop, D. Callahan), że nie można usprawiedliwić umyślnego zagłodzenia istoty ludzkiej i wobec tego nigdy nie można zrezygnować z nawadniania oraz odżywiania. Na poparcie tego stanowiska podaje się trzy argumenty: 1) sztuczne odżywianie jest warunkiem komfortu pacjenta i jego godności, 2) odżywianie ma wymiar symboliczny – wyraża istotę opieki medycznej oraz społecznej troski o życie ludzkie, zagłodzenie człowieka jest odrażające, 3) przyzwolenie na rezygnację z odżywiania może spowodować nadużycia – w imię użyteczności społecznej interesy jednostek nie zostaną wzięte pod uwagę, coraz częściej będzie się rezygnować z odżywiania (także tego „zwykłego”), zabijając pacjentów wbrew ich życzeniom oraz interesom.

Postulat odżywiania oraz nawadniania pacjentów za wszelką cenę, niezależnie od okoliczności – zdaniem Beauchampa i Childressa – jest trudny do utrzymania. Sztuczne odżywianie może być dla pacjenta przekleństwem, narażać go na ból, gdy siłą powstrzymuje się go przed usunięciem kroplówki czy sondy. Niejednokrotnie pacjenci, u których zaprzestano sztucznego odżywiania, umierają w lepszych warunkach niż ci, u których do końca stosuje się dostarczanie płynów i pożywienia. Wymiar symboliczny karmienia nie może górować nad wolą pacjentów oraz ich interesami (także komfortem i godnością umierania). Strach przed nadużyciami jest zrozumiały, ale uznanie sztucznego odżywiania za środek obowiązkowy też prowadzi do okropności i nadużyć. Autorzy proponują, by przyjąć następujące warunki, kiedy wycofanie sztucznego odżywiania jest uprawnione w celu przyspieszenia śmierci: 1) gdy jest ono nieskuteczne medycznie (nie doprowadzi do odpowiedniego poziomu płynów w organizmie), 2) gdy nie jest korzystne dla pacjentów, bo nie poprawi ich stanu (anencefalia, stany trwale wegetatywne), 3) w sytuacji gdy doprowadza do zadowalającego stanu poziom płynów w organizmie i jest korzystne, ale uciążliwości, jakich doznaje pacjent, przewyższają korzyści (gdy pacjent cierpi, boi się, chce odzyskać swobodę, nie jest w stanie zorientować się w sytuacji – dotyczy to głównie pacjentów z ostrą demencją).

Skutki zamierzone a skutki przewidywane

Wśród tradycyjnych reguł obecnych w etyce medycznej spotkamy regułę (zwaną też zasadą) podwójnego skutku. Reguła ta obecna była już u Augustyna i Abelarda, jednak wyraźnie zaistniała w pismach św. Tomasza. W klasycznym sformułowaniu zasada ta głosi, że czyn prowadzący do dwóch skutków (dobrego i złego) może być moralnie dopuszczalny, jeśli spełnione są cztery warunki:

- czyn sam w sobie jest dobry lub moralnie neutralny,
- zamiarem działającego jest skutek dobry; skutek zły jest tylko przewidywany, dopuszczony, ale nie jest zamierzony,
- zły skutek nie może być środkiem do skutku dobrego,
- dobry skutek musi zrównoważyć skutek zły.

Jest to wersja zasady nieszkodzenia, dlatego chętnie wykorzystuje się ją w koncepcjach zabraniających wyrządzania krzywdy niewinnym i traktujących pewne czyny jako wewnętrznie złe. Zasada ta wydaje się przydatna w sytuacjach, gdy realizując jakieś dobro, nie można uniknąć złych następstw czynu, np. uśmierzając ból umierającego za pomocą toksycznych analgetyków, przyspieszamy jego śmierć, ratując życie ciężarnej kobiety, powodujemy śmierć płodu. Kłopot z zastosowaniem zasady podwójnego skutku polega na tym, że nie podaje ona kryterium odróżniającego skutki zamierzone od skutków tylko przewidywanych, ale nie zamierzonych. Stąd nawet zwolennicy tej zasady różnie ją stosują w sytuacji uzasadnienia przerwania ciąży – dla jednych jedynie usunięcie guza macicy w celu ratowania ciężarnej (prowadzące nieuchronnie do śmierci płodu) lub usunięcie jajowodu w razie ciąży pozamaciicznej są dopuszczalne moralnie, nie zgadzają się jednak, by za takie uznać przerwanie ciąży u kobiety z wadą serca lub zastosować kraniotomię w wypadku ciężkiego, zagrażającego życiu kobiety porodu. Dlaczego śmierć płodu w razie histerektomii uznaje się za skutek uboczny działań ratujących życie ciężarnej, a w kraniotomii za środek? Czym różni się histerektomia od kraniotomii skoro obie linie postępowania łączą to, że lekarz ratując kobietę, zabija płód, choć wcale tego nie chciał, ale przewidywał taki skutek? Niczym – odpowiadają Beauchamp i Childress. Ustalenie granicy między tymi dwoma czynami jest niemożliwe. W obu sytuacjach działający ma intencję uratowania kobiety, choć wie, że tym samym spowoduje śmierć płodu. Śmierci płodu nie chce dla niej samej, ale toleruje ją jako jedyny sposób osiągnięcia dobrego skutku. Pomimo zastrzeżeń wobec zasady podwójnego skutku warto zauważyć, że choć koncentruje się na intencji, zwraca ona także uwagę na rolę motywów i charakteru w ludzkim działaniu. Istotnie w ocenianiu czynów ważną rolę odgrywa znajomość motywów sprawców (z jakiego powodu coś zrobili), nie można jednak gubić

znaczenia intencji, co działający planował uczynić). Nieraz jednak intencja jest mniej ważna od motywu, z czym rzecznicy zasady nie chcą się zgodzić. W sytuacjach odbierania życia i krzywdzenia (np. eutanazja, samobójstwo w asyście) zasada ta, jak sądzą autorzy, nie zda się na wiele. Głównym powodem jej małej przydatności jest to, że zajmuje się ona czynami prowadzącymi zarówno do dobrych, jak i złych skutków, nie daje jednak wyraźnych wskazówek, które czyny uznać za złe, a które za dobre. Ostatni warunek wymieniany w zasadzie podwójnego skutku (proporcjonalność) nie budzi zastrzeżeń. Zgodny jest z intuicjami konsekwencjalistów, którzy zgadzają się z poglądem, że wyrządzenie szkody może być usprawiedliwione tylko wtedy, gdy działający spodziewa się osiągnięcia proporcjonalnie dużego dobra.

Środki obowiązkowe i nieobowiązkowe

Wszystkie omówione powyżej tradycyjne rozróżnienia dotyczące podtrzymywania życia, zdaniem Beauchampa i Childressa, nie nadają się do stosowania w warunkach autonomii pacjenta i jego praw. Proponują zastąpić je rozróżnieniem na środki obowiązkowe i nieobowiązkowe. Nie ukrywają, że podstawą takiego rozróżnienia jest koncepcja jakości życia. W zależności od jego jakości można, ich zdaniem, wyznaczyć trzy zasadnicze linie postępowania w praktyce medycznej:

- obowiązek leczenia (złem jest nieleczenie),
- możliwość leczenia: neutralna (leczenie nie jest wymagane ani zabronione) oraz ponadobowiązkowa (leczenie jest chwalebne, wiąże się z dodatkowym poświęceniem lekarza, lecz rezygnacja z niego nie będzie potępiana),
- obowiązek nieleczenia (złem jest leczenie).

W ustaleniu czy leczenie jest obowiązkowe, czy nieobowiązkowe decyduje bilans kosztów, ryzyka i spodziewanych zysków. W wypadku pacjentów kompetentnych to oni mają pierwszeństwo dokonania takiego bilansu i podjęcia decyzji o leczeniu bądź rezygnacji z terapii. Wobec pacjentów niekompetentnych trudno jest zastosować zasadę szacunku dla autonomii (nie znamy ich preferencji, bo nie mogli ich ujawnić bądź tego nie uczynili). W takiej sytuacji musimy odwołać się do zasady dobroczynności lub zasady niekrzywdzenia.

Obowiązek leczenia jest uchylony, a pacjent, lekarz lub opiekun pacjenta mogą podjąć decyzję o zaniechaniu leczenia w następujących okolicznościach:

- leczenie jest bezskuteczne lub bezcelowe, tzn. nie przyniesie pozytywnych zmian w stanie pacjenta, lub działania medyczne mają niskie prawdopodobieństwo powodzenia i wysokie prawdopodobieństwo wyrządzenia krzywdy,
- leczenie przynosi więcej uciążliwości niż korzyści. Dotyczy to nie tylko pacjentów w stanie terminalnym, nawet jeśli pacjent nie umiera, nie ma obowiązku terapii, jeśli niedogodności z nią związane przyniosą pacjentowi więcej szkody niż pożytku.

Decyzje o niepodejmowaniu lub wycofaniu leczenia są zawsze dramatyczne. Nie wszystkie jednak decyzje o podjęciu czy kontynuowaniu terapii są uzasadnione, słuszne. „Z zasady nieszkodzenia nie wynika obowiązek podtrzymywania życia biologicznego ani też obowiązek podjęcia czy kontynuowania terapii bez względu na ból, cierpienie i złe samopoczucie, jakie ona za sobą pociągnie. [...] jeśli jakość życia jest odpowiednio niska, a zastosowanie terapii czyni pacjentowi więcej szkody niż pożytku, niepodjęcie lub wycofanie leczenia jest usprawiedliwione.”¹⁸

Beuchamp i Childress zdają sobie sprawę z niejasności pojęcia jakości życia, co więcej, uznają, że wyznaczenie obiektywnych, tylko medycznych (bez treści moralnych), kryteriów jakości życia jest niewykonalne. Pewni są jednak tego, że podtrzymywanie biologicznej wegetacji nie można uznać za korzystne, jak też tego, że nie wolno utożsamiać jakości życia pacjenta z jakością czy wartością, jaką jego życie ma dla innych (społeczeństwa, rodziny). Za cechę nieistotną w ustalaniu jakości życia uznają umysłowy niedorozwój pacjenta. Decydujące w ustaleniu jakości życia pacjenta jest określenie najlepszego interesu pacjenta. Pomimo nieostrości pojęcia jakości życia, ono najlepiej – ich zdaniem – pozwala określić, które środki medyczne są obowiązkowe, a z których można zrezygnować.

Prawo do śmierci

Wraz z rozwojem medycyny i możliwością przedłużania (podtrzymywania) życia czy też odroczenia śmierci pojawił się nowy problem moralny określany jako prawo do śmierci. Na pierwszy rzut oka może wydać się to dziwne – zwykle za fundamentalne prawo ludzie uznają prawo do życia. Ono jest podstawą życia społecznego i wszystkich innych praw, jakich ludzie się

¹⁸ T.L. Beauchamp, J.F. Childress: *Zasady etyki medycznej...*, s. 227.

domagają. Ludzie, jak zauważa Hans Jonas¹⁹, zawsze mieli kłopoty z definiowaniem, uzyskiwaniem i obroną różnych praw. Dotyczy to także prawa do życia oraz prawa do śmierci. To ostatnie odnosi się do osób umierających lub chorych i beznadziejnie cierpiących, których współczesna medycyna nie może wyleczyć ani nie może uśmierzyć ich cierpienia i którzy zostali ubezwłasnowolnieni przez instytucję szpitala i istniejący system prawny.

W każdym wolnym społeczeństwie prawo gwarantuje ludziom (z wyjątkiem nieletnich, psychicznie chorych) swobodę decyzji w podjęciu terapii lub rezygnacji z niej. Wyjątkiem jest choroba zagrażająca innym (choroba zakaźna, poważne zaburzenia psychiczne) – tu ograniczenie swobody jednostki jest uzasadnione, podobnie jak pewne środki przymusu czy środki zapobiegawcze (np. szczepienia ochronne). Choroba lub zdrowie, sądzi Jonas, są sprawą prywatną, o ile nie kolidują z interesami publicznymi. Kwestia zaniechania leczenia czy odebrania sobie życia nie przedstawia się jednoznacznie z moralnego punktu widzenia. Mamy obowiązki wobec innych ludzi i ponosimy odpowiedzialność za innych, których los zależy od naszych decyzji. To ogranicza naszą wolność oraz prawo do zadania sobie śmierci. Czym innym jest jednak ingerencja w wolność niedoszłego samobójcy (ratowanie go wbrew jego woli), czym innym zmuszanie beznadziejnie chorego do terapii utrzymującej go przy takim życiu, którego nie chce on zaakceptować. Przymus zastosowany wobec samobójcy nie zmusza go do dalszego życia, nie odbiera mu możliwości wyboru, daje jedynie szansę na ponowne przemyślenie decyzji. Przymus terapii beznadziejnie chorego przekreśla jego prawo do samostanowienia. Z tego powodu „wybór śmierci musi być najbardziej niezależnym ze wszystkich wyborów; życie może mieć swoich obrońców, nawet z egoizmu, a już z pewnością z miłości. Jednakże nawet sprawy życia nie wolno bronić z nadmiernym uporem. Właśnie miłość powinna uznać wbrew własnemu pragnieniu, że żaden obowiązek życia, chociaż może on przytłumić we mnie pragnienie śmierci, tak że jej sobie odmówię, nie pozbawia mnie rzeczywiście prawa do tego, aby w uwzględnionych tu okolicznościach wybrać śmierć. Jakiegokolwiek byłyby oczekiwania świata w stosunku do osoby, prawo to (poza religią) jest z punktu widzenia moralnego i prawnego tak samo niezbywalne, jak prawo do życia.”²⁰ Prawa te, co podkreśla Jonas, należy rozumieć jako „możliwość skorzystania z...” na mocy wolnego wyboru, a nie obowiązek – prawo do życia nie może się przekształcić w obowiązek życia²¹, prawo do śmierci nie może być

¹⁹ H. Jonas: *Prawo do śmierci*. „Etyka” 1988, nr 23.

²⁰ Ibidem, s. 11.

²¹ Nawet religia traktująca życie jako obowiązek wobec Boga, jak uważa Jonas, nie czyni zachowania życia bezwarunkowym obowiązkiem, bo prowadziłoby to do niepożądanych moralnie konsekwencji.

obowiązkiem śmierci. Regulacje prawne powinny współcześnie w równej mierze chronić życie (m.in. przez gwarancje równego dostępu do leczenia, ustanowienie sprawiedliwych zasad podziału środków medycznych), jak i zapewnić prawo do śmierci. To ostatnie nie jest proste, szczególnie w sytuacji pacjenta autonomicznego, ale nie mogącego zrealizować swojej woli. Trudności z ustaleniem treści i zakresu prawa do śmierci oraz jego realizacją Jonas pokazuje na dwóch przykładach.

Nieuleczalnie chory pacjent w stanie świadomości. Jeśli pacjent jest autonomiczny, często sam może korzystać ze swego prawa do śmierci, np. odmawia podjęcia lub kontynuacji terapii przedłużającej (czy ratującej) życie. Tak rozumiane prawo do śmierci wiąże się z prawem do prawdy. Jeśli pacjent będzie oszukiwany lub nie będzie dysponował rzetelną informacją o swoim stanie, szansach leczenia, ryzyku i korzyściach, jakie niesie sobą leczenie, nie będzie mógł podjąć świadomej decyzji. Na przeszkodzie w realizacji prawa do prawdy stoją: i paternalistyczna tradycja lekarska, i względy psychologiczne. Jak przekazać niepomyślną wiadomość choremu, czy on sam tego chce, może woli być oszukiwany, czy prawda nie pogorszy jego stanu psychicznego oraz nie odbierze mu woli życia – na te pytania nie ma jednej prostej odpowiedzi. Pierwszeństwo ma szacunek dla autonomii pacjenta. W obliczu spraw ostatecznych nie należy przez okłamywanie odbierać pacjentowi szansy na świadomą decyzję. Z jednym wyjątkiem. H. Jonas uważa, że częścią sztuki lekarskiej jest zorientowanie się w sytuacji, czy pacjent chce usłyszeć prawdę, czy woli być wprowadzany w błąd. Kłamstwo na życzenie może być słuszne.

Prawo do śmierci to również prawo do oswojenia się z własną śmiercią, do świadomości własnej śmierci – oszukując umierającego, pozbawiamy go możliwości bycia sobą, jego indywidualnej postawy wobec końca życia, nie mówiąc już o tym, że odbieramy umierającemu szansę na uporządkowanie jakichś istotnych spraw w jego życiu. Pacjent, który świadomie rezygnuje z przedłużenia życia, zwykle chce, by zaoszczędzić mu bólu. Prawo do śmierci obejmuje też łagodzenie bólu (opieka terminalna), nawet jeśli zwiększanie środków przeciwbólowych przyspieszy śmierć. W stadium końcowym, sądzi Jonas, lekarze przestają być uzdrowicielami, stają się pomocnikami w umieraniu. Nie jest to zgoda na zabijanie z litości, eutanazję, lecz przyzwolenie na śmierć. Przyzwolenie to (np. zaprzestanie procedury podtrzymującej życie na życzenie pacjenta, odłączenie pacjenta na prośbę od respiratora, zwiększanie dawek środków przeciwbólowych kosztem skrócenia życia) należy uwolnić od represji karnych i zawodowych, a czynów tych nie nazywać zabójstwem, samobójstwem czy błędem w sztuce lekarskiej. Jonas jest przeciwnikiem eutanazji w wypadku pacjentów autonomicznych, dopuszcza ją jedynie w wypadku pacjentów w stanie nieświadomości, gdy nie ma już życia osobowego. Czyni to ze względu na przekonanie, że klóciłoby się

to z integralnością zawodu lekarza, choć wie, że takie podejście ogranicza przyznane pacjentowi prawo do śmierci.

Pacjent w stanie nieodwracalnej utraty świadomości. Taki przypadek jest często uznawany za „trudny”, tymczasem, zdaniem Jonasa, to ten poprzedni jest istotniejszy, częściej spotykany i trudniejszy do rozstrzygnięcia. Pacjent, który znajduje się w nieodwracalnej śpiączce, który nie istnieje jako podmiot zdolny do podjęcia decyzji, a w jego ciele tlą się jeszcze resztki życia, nie jest właściwie podmiotem prawa. I rozsądek, i humanitaryzm przemawiają za tym, by nie przedłużać takiego stanu oraz uznać: „[...] pozwólcie, aby umarł nieszczęsny cień dawnej osoby, skoro gotowe do tego jest ciało, i skończcie z degradacją jego wymuszonego istnienia!”²² Istnieje jednak w ludziach strach przed zabijaniem, który powoduje, że dopuszczenie śmierci czy zaniechanie sztucznego podtrzymania życia jest błędnie interpretowane jako zabijanie. Sprzyja temu też koncepcja zawodu lekarza jako obrońcy życia w każdych okolicznościach i prawo zabraniające powodowania śmierci. Wyściem z tego zaułka jest przyjęcie definicji śmierci mózgu bądź взгляд na pamięć osoby. Pierwsza możliwość nie wydaje się H. Jonasowi zadowalająca. Wprawdzie spełnienie kryteriów śmierci mózgu pozwala uznać przerwanie sztucznego przedłużania życia za dozwolone, a nawet obowiązujące, ale jawi się tu możliwość uznania ciała zmarłego śmiercią mózgową za bank organów do transplantacji lub pole do doświadczeń – utrzymywanie zwłok w stanie „świeżości” (podtrzymanie krążenia i oddechania, odżywianie dożylnie) umożliwia ich instrumentalne traktowanie, stwarza różne pokusy ich wykorzystania oraz decyduje o tym, że definicja śmierci mózgu zostaje pozbawiona czystości. Druga możliwość jest, wedle Jonasa, lepsza. Bliska jest rozróżnieniu na zwyczajne i nadzwyczajne środki medyczne, ale nawiązuje do zasady sprawiedliwości oraz do koncepcji jakości życia, co zbliża Jonasa do (prezentowanych wcześniej) poglądów Beuchampa i Childressa. Jonas, po deklaracji, że zgadza się z papieskim stanowiskiem w kwestii odstąpienia od środków nadzwyczajnych, uznaje, że środki takie powinny być wstrzymane ze względu na pacjenta i jego prawo do śmierci. Prawo to jest formułowane w imię autonomii osoby i jej ochrony. W wypadku pacjenta z nieodwracalną utratą świadomości formułujemy je w imię pamięci osoby, jaką kiedyś pacjent był, i w imię ochrony tej pamięci przed zdegradowaniem. Prawa tego nie chronią normy prawne, jest ono jednak naszym obowiązkiem moralnym. Pewną pomocą w zaniechaniu sztucznego podtrzymywania życia może być zasada sprawiedliwości w rozdziale środków medycznych. Na najmniejszą preferencję w przydziale ograniczonych środków medycznych zasługuje ten, który najmniej może skorzystać (ma najmniejsze szanse przeżycia). Dotyczy to także kontynuowania

²² H. Jonas: *Prawo do śmierci...*, s. 19.

leczenia. Może wydawać się to okrutne w normalnych sytuacjach. Pacjent nieodwracalnie nieprzytomny nie doświadcza już niczego, nie wynosi żadnej korzyści z leczenia. W jego przypadku można odwołać się do najmniejszych korzyści i zaprzestać terapii, by inni potrzebujący mieli dostęp do środków medycznych i mogli odnieść korzyść.

W celu obrony prawa do śmierci trzeba na nowo ustalić powołanie medycyny. Lekarz nie może zmuszać pacjentów do życia, choć ochrona życia nadal pozostanie jednym z podstawowych obowiązków sztuki lekarskiej. Szpital i technika medyczna nie może ubezwłasnowolnić pacjenta i lekarza. Wszyscy chyba się zgodzą, jak sądzi Jonas, że medycyna powinna czuwać nad całością życia, ale nie kosztem mnożenia cierpień i poniżenia człowieka. „Jak taka deklaracja zasad da się zastosować w życiu i praktyce prawnej, to z pewnością trudny problem; i bez względu na to, jak dobrze wywiązujemy się ze swych obowiązków, nie obejdzie się bez obszarów niepewności, gdzie w poszczególnych przypadkach musimy podejmować trudne decyzje.”²³ Jedno jest pewne, podkreśla autor, to prawo do życia we właściwym i pełnym rozumieniu jest źródłem prawa do śmierci, które należy przyznać każdemu człowiekowi.

H. Jonas rozpatrywał prawo do śmierci z perspektywy świeckiej, odwołując się do wolności człowieka, a także sprawiedliwości i jakości życia. Z taką koncepcją prawa do śmierci polemizują etycy katoliccy, widząc w niej przejaw „cywilizacji śmierci”. Jeśli już mówią o prawie do śmierci, to, co zrozumieli, pojmują je w perspektywie religijnej. W takim ujęciu prawo to obejmuje śmierć naturalną, bez ingerencji człowieka, bez eutanazji i samobójstwa. Niektórzy nawet wolą używać sformułowania „prawo dla śmierci”²⁴, by odróżnić chrześcijański pogląd na dobrą, godną człowieka śmierć od koncepcji świeckiej. „Prawo dla śmierci”, rozumiane w perspektywie religijnej, nadprzyrodzonej, uznaje, że śmierć jest ważniejsza od prawa stanowiącego przez człowieka – człowiek jej podlega jako zjawisku naturalnemu, nieuchronnemu, niezależnie od swojej woli. Uzasadniane jest to dzięki założeniu, że tylko Bóg jest dysponentem życia ludzkiego, a człowiek powinien czas swojej śmierci przeżyć bez skracania i przedłużania. Ponadto dla chrześcijanina wiara ma odstąpić sens cierpienia, bólu – znoszenie bólu (jego dowartościowanie i zgoda na jego doświadczenie) ma wierzącemu otworzyć szersze perspektywy duchowe na większe dobra (godność, zbawienie). Nie prowadzi to jednak do zakazu łagodzenia cierpienia. Przeciwnie, uznaje się za wskazaną opiekę paliatywną, pod warunkiem że nie przeszkodzi to w świadomym przeżywaniu śmierci przez umierającego i spełnieniu

²³ Ibidem, s. 25.

²⁴ J. Brusilo: *Prawo do śmierci czy prawo dla śmierci?* W: *Podstawy i zastosowania bioetyki*. Red. T. Biesiaga. Kraków 2001.

obowiązków religijnych. „Doniosłość tych aktów przy równoczesnej nieodwracalności szkód w razie ich zaniechania każe postawić je wyżej aniżeli ulgę w cierpieniach, nawet bardzo wielkich. Toteż ani lekarz, ani nikt z otoczenia (rodzina) nie mogą w imię współczucia dla chorego udaremnić jego woli, aplikując mu odpowiednie środki znieczulające. Owszem, gdyby pacjent sam domagał się takiej ingerencji, otoczenie winno mu przypomnieć ciężące na nim obowiązki. Dopiero w wypadku, kiedy pacjent świadom własnych zobowiązań mimo wszystko nie odstępowałby od swoich żądań, lekarz czy inne osoby mogą dostosować się do jego woli.”²⁵ Bezwzględna wartość (świętość) życia ludzkiego, niezależnie od jego jakości, nakazuje chronić je od naturalnego początku aż do końca. Istnieje obowiązek i prawo do stosowania wszelkich dostępnych środków przy zwalczaniu choroby, ale nie obejmuje on fazy agonii i umierania²⁶. W obliczu śmierci na skutek starości czy choroby nie należy stosować uporczywej terapii, by nie zakłócać naturalnego biegu rzeczy, misterium i *sacrum* śmierci²⁷. Człowiek nie ma prawa do zadawania śmierci, nawet w sytuacji nieznośnego cierpienia i utraty sensu życia (eutanazja, samobójstwo), nie ma też prawa do odraczania śmierci poza naturalne granice. Krytyka utylitarystycznej koncepcji jakości życia, jaką często przeprowadzają etycy katoliccy, koncentruje się wokół następujących kwestii:

1. Laicka koncepcja jakości życia jest oparta na niewłaściwym (materialistycznym, naturalistycznym) ujęciu świata, człowieka, które prowadzi do błędnego rozumienia wolności człowieka (przekreślenie jego godności), wartości życia (sprowadzenie jej do jakości, negacja świętości życia), cierpienia (uznanie, że zawsze jest złe i nie ma sensu).

2. Zastosowanie laickiej koncepcji jakości życia może prowadzić (musi?) do pogardy dla życia, masowej eugeniki, eutanazji dzieci z wadami genetycznymi, rozwojowymi, osób starych i nieuleczalnie chorych²⁸. Jest to argument równi pochyłej polegający na wskazaniu istniejącego zagrożenia lub katastrofy, jaka może się wydarzyć, gdy wykona się jeden niebezpieczny czyn (lub klasę czynów)²⁹.

Zastrzeżenia z grupy pierwszej są sporem o pryncypia i jako takie są nierozstrzygalne. Zastrzeżenia drugiej grupy dotyczą możliwości określenia i oceny konsekwencji działań. Ich zasadność może potwierdzić empiria, natomiast przekonanie, że argument równi pochyłej jest istotny w ocenie

²⁵ T. Ślipko: *Granice życia*. Warszawa 1980, s. 300.

²⁶ Ibidem, s. 397.

²⁷ J. Brusiło: *Prawo do śmierci czy prawo dla śmierci?*..., s. 132.

²⁸ Ibidem, s. 128–130.

²⁹ Dokładną analizę tego argumentu przeprowadza B. Chyrowicz: *Bioetyka i ryzyko*. Lublin 2000.

aktualnych decyzji i działań zależy od stanowiska w kwestii postępu technicznego. **Optymista technologiczny** (a takimi są zwykle utylitaryści) uznaje, że postęp jest nieograniczony i nieunikniony. Miarą postępu jest efektywność zaspokajania jednostkowych potrzeb – nikt nie wyznaczy kresu w działaniach zmierzających do pomnażania sumy dobra (przyjemności, szczęścia) lub pomniejszania sumy zła (cierpienia, nieszczęścia). Jeśli nawet istnieją jakieś zagrożenia, że działania doprowadzą do ujemnego bilansu (nadwyżka nieszczęścia nad szczęściem), to optymista uzna, że warto to wziąć pod uwagę oraz wprowadzić dodatkowe zabezpieczenia (np. ustalić kryteria odróżniające zabicie od przyzwolenia na śmierć czy kryteria odróżnienia eutanazji dobrowolnej od niedobrowolnej), by nie zadziałał mechanizm równi pochyłej. Argument równi pochyłej jest traktowany jako ostrzeżenie, które warto brać pod uwagę. Zakłada się tu jednak, że obawy często są wyolbrzymione, a niebezpieczeństwu zawsze jakoś da się zaradzić. **Pesymista technologiczny** (zwykle są to metafizycy przyjmujący założenia teologiczne lub zakładający, że Natura jest święta, celowa, doskonała), uznaje, że świat jako całość i każda jego część ma swoją wewnętrzną naturę, istotę, której człowiekowi nie wolno naruszać czy działać wbrew niej. *Homo sapiens* ma raczej odczytywać prawa świata oraz być jego konserwatorem, a nie twórcą czy naprawiaczem (świat jest doskonały i nie ma tu co poprawiać). Dlatego chce się tu wskazać na nieprzekraczalne granice w zdobywaniu wiedzy, w rozwoju technologii i jej zastosowań. Dla pesymistów problem granic ryzyka jest bardzo istotny – właściwie sama możliwość ryzyka (naruszanie praw natury, wkraczanie w nie swoje kompetencje) już jest traktowane jako wystarczający powód dla potępienia pewnych działań czy teorii jako przyczyny katastrofy fizycznej i upadku moralnego³⁰. Może właśnie z tego powodu rozumowanie w stylu równi pochyłej bardzo często służy rzecznikom etyki świętości życia do walki z przedstawicielami etyki jakości życia.

Prawo do śmierci zajęło znaczące miejsce w sporach normatywnych. Argumenty używane w tym sporze, zdaniem R. Tokarczyka³¹, skupiają się wokół permissywnego lub restryktywnego pojmowania wolności. Obie strony odwołują się do prawa człowieka do samostanowienia o własnym losie. Jednak permissywiści obejmują nim prawo do życia i prawo do śmierci, restryktywiści zawężają je tylko do prawa do życia. Dla permissywiistów wartość wolności jest większa od wartości życia, dla restryktywistów wartość życia jest wyższa od wolności. Wprowadzenie prawa do śmierci do prawodawstwa jest utrudnione choćby przez jednoznaczne ustalenie woli człowieka, który ma z tego prawa korzystać – chodzi nie tylko o pacjentów niekompetentnych, ale

³⁰ Ciekawą analizę tych kwestii podejmuje K. Szewczyk: *Dobro, zło i medycyna. Filozoficzne podstawy bioetyki kulturowej*. Warszawa–Łódź 2001, szczególnie s. 249–287.

³¹ R. Tokarczyk: *Prawa narodzin, życia i śmierci*. Kraków 1997, s. 142.

także pacjentów, którzy wyrazili swoją wolę wcześniej, ale zmiana okoliczności może wpływać na jej interpretację przez otoczenie (rodzina, lekarze, opiekunowie). Amerykańskie *common law* od 1767 r. wprowadziło zasadę, że „człowiek, mając niezbywalne prawo do własnego ciała, tym samym ma prawo do śmierci poprzez np. odrzucenie podtrzymywania jego życia za pomocą medycyny”³². Stosując tę zasadę oraz konstytucyjne prawo do prywatności, sądy amerykańskie zwykle przychylają się do żądań pacjentów domagających się respektowania prawa do śmierci, ale zdarza się, że orzeczenia w podobnych sprawach są odmienne. Obok orzecznictwa *common law* w Stanach Zjednoczonych obowiązuje (od 1985 r.) *The Uniform Rights of the Terminal Ill Act* mający służyć jako wzorzec dla prawodawstw poszczególnych stanów. Osoby chcące skorzystać z tego prawa powinny złożyć odpowiednie pisemne oświadczenie swojej woli kontynuowania lub zaprzestania leczenia choroby nieuleczalnej (*living will*). Wykonanie tej decyzji nie jest uznawane za samobójstwo ani eutanazję, lecz za przyzwolenie na naturalną śmierć. Deklaracja musi być podpisana przez dwóch neutralnych świadków potwierdzających, że deklarujący działa dobrowolnie. Traci ona moc po 5 latach, ale może być w każdej chwili odwołana. Deklaracja jest wiążąca dla rodziny oraz lekarza, który działając zgodnie z nią, nie ponosi odpowiedzialności cywilnej i karnej. „Trzeba jednak dodać, że ustawa kalifornijska i podobne stanowe wywołały wielką dyskusję doktrynalną, nie tylko w USA, lecz i w innych krajach, w której stanowiska są niezmiernie zróżnicowane, zarówno aprobujące, jak i krytyczne. Niektórzy obawiają się, aby sami lekarze nie decydowali o kwestiach prawnych dotyczących ważności »*living will*« i nie stali się przez to adwokatami śmierci.”³³ Pomijając na razie kwestię eutanazji, można powiedzieć, że niezależnie od sporów etycznych o rozumienie prawa do śmierci w wielu krajach dąży się do opracowania zasad etycznych postępowania z umierającymi oraz określenia odpowiedzialności cywilnej i karnej lekarza za jego decyzje podejmowane wobec pacjentów w stanach terminalnych.

Eutanazja

Problem eutanazji ciągle powraca z coraz większą intensywnością, ponieważ cywilizacja doprowadziła do ekstremalnego przedłużenia życia,

³² Ibidem, s. 143.

³³ M. Nesterowicz: *Prawo medyczne*. Toruń 1998, s. 148.

często w warunkach uciążliwych dla samego człowieka. Współczesna technika medyczna może niejednokrotnie odsunąć śmierć poza granice, w których tak przedłużone życie ma jeszcze dla samego pacjenta jakąś wartość, a nawet w których w ogóle jeszcze jest zdolny on wartościować. Zatem tam, gdzie zabiegi nie dają nic innego, jak tylko podtrzymywanie funkcji organizmu, nie polepszając stanu w jakimkolwiek sensie, doradza się śmierć zamiast przedłużania egzystencji w cierpieniu lub w szczątkowym stanie. Takie stanowisko jest źródłem walki o prawo do śmierci, które może być poszerzane o eutanazję. Dyskusja o eutanazji jest tak obszerna, że nawet specjaliści nie mogą ogarnąć mnogości publikacji prawniczych, socjologicznych, psychologicznych, filozoficznych i teologicznych dotyczących tego problemu³⁴.

W sporze o eutanazję trudność rozpoczyna się w momencie ustalenia znaczenia tego terminu. To, co jedni nazwą eutanazją, inni zaliczą do przyzwolenia na śmierć czy zaprzestania uporczywej terapii. Można zgodzić się z tezą, że „brak generalnie akceptowanej definicji eutanazji sprzyja dużej dowolności w traktowaniu samego problemu”³⁵. Różne działania określane są mianem eutanazji. Cechą wspólną jest uśmiercenie człowieka (spowodowanie jego śmierci). Różnice w pojmowaniu eutanazji dotyczą następujących kwestii:

- kogo się zabija (umierający, cierpiący, nieuleczalnie chory, chory psychicznie, upośledzony, w jakim wieku),
- dlaczego – litość, współczucie, korzyść osobista lub społeczna,
- jak – czynnie, biernie, czy jest wola ofiary.

Słowo „eutanazja” wywodzi się ze złożenia dwóch terminów greckich: *eu* – dobry, *thanatos* – śmierć i dosłownie znaczy „dobra śmierć”. W języku greckim istnieją cztery nazwy określające śmierć: *thanatos* – śmierć jako taka, *thalis* – śmierć naturalna, *ker* – śmierć przedwczesna, nieszczęśliwa i w męczarniach, *euthanasia* – śmierć nienaturalna, przedwczesna, ale dobra, łagodna, bezbolesna. Słowo „eutanazja” wywodzi się z czwartego greckiego pojmowania śmierci, ale współcześni ludzie nie są zgodni, co znaczy dobra śmierć (łagodna, powolna czy szybka, bez cierpień fizycznych czy bez udręk psychicznych, świadoma ale spokojna czy nieświadoma?), a niektórzy wbrew ogólnemu znaczeniu tego słowa sądzą, że jest to śmierć zła i niegodna człowieka.

Najszerze ujęcie eutanazji obejmuje tym mianem zabójstwa dzieci, chorych psychicznie, niezależnie od woli oraz z innych powodów niż litość – jedynym warunkiem jest uznanie, że życie tych ludzi jest niekorzystne,

³⁴ M. Adamkiewicz: *Zagadnienie śmierci w bioetyce*. Warszawa 2002, s. 269.

³⁵ K. Poklewski-Koziełł: *O eutanazji w świetle nowych koncepcji prawniczych*. „Państwo i Prawo” 1997, z. 1, s. 51.

bezwartościowe, lepiej będzie, gdy umrą (nie będą cierpieli i nie będą ciężarem dla innych).

Prawne ujęcie eutanazji traktuje ją jako zabójstwo z litości, zwykle łagodniej karane. Ale i tu nie ma zgody, co zaliczyć do warunków zabójstwa z litości³⁶. Zwykle przyjmuje się, że eutanazja to: 1) zabójstwo nieuleczalnie chorego, 2) cierpiącego człowieka, 3) na jego żądanie i 4) pod wpływem współczucia dla niego. Brak spełnienia jednego z tych warunków kwalifikuje czyn jako zwykłe zabójstwo, a brak warunku 3) przy spełnieniu pozostałych pozwala uznać zabójstwo za eutanazję niedobrowolną. Podstawowym problemem jest bezsporne ustalenie motywu działania sprawcy – jest to często niemożliwe do ustalenia. Motyw litości wydaje się tu niezbędny, by w ogóle mówić, że mamy do czynienia z eutanazją, ale sporne jest już to, czy litość ma być wyrazem empatii, współczucia dla cierpiącego człowieka, czy też może płynąć z oceny jakości życia. Niektórzy podważają motyw współczucia jako istotny warunek eutanazji, sądzą bowiem, że lekarz traktujący śmierć jako zjawisko naturalne może pomagać w umieraniu, kierując się innymi uczuciami³⁷. Warunek 1) (nieuleczalna, beznadziejna choroba) także jest trudny do sprecyzowania. Czy chodzi o choroby, których współczesna medycyna nie może wyleczyć, a wiążą się one z nieznośnym bólem w fazie terminalnej; czy o choroby przewlekłe, nieuleczalne, z którymi można wprawdzie długo żyć, ale pacjent nie akceptuje swojego stanu oraz perspektyw życia w dyskomforcie fizycznym i psychicznym; czy chodzi o stan, w jakim pacjent się znalazł na skutek wypadku czy choroby, nie rokujący poprawy? Warunek 2) (cierpienie) rozumiemy intuicyjnie: chodzi o takie cierpienia fizyczne oraz psychiczne, którego człowiek nie chce cierpliwie znosić i których mimo wysiłków nie można mu złagodzić. Trudno jednak ustalić obiektywną skalę cierpienia – człowiek świadomy, autonomiczny, sam o tym decyduje, ludzie nieświadomi lub niekompetentni tego nie określają. Jakie cierpienia uznać za uzasadniony powód pragnienia śmierci – to jeszcze jeden problem, który trudno jednoznacznie rozstrzygnąć. Eutanazja rozumiana jako zabójstwo na żądanie jest, na pierwszy rzut oka, czysta moralnie o tyle, że jest pomocą w samobójstwie, realizacją woli osoby autonomicznej i respektowania jej prawa do śmierci. Tu jednak problemem jest (jeśli zgodzimy się na takie rozumienie prawa do śmierci) ustalenie formy oraz treści woli, by uznać ją za dobrowolną, świadomą, niezłomną. Niektórzy wątpią, czy chory i cierpiący człowiek jest zdolny w stanie załamania psychicznego stawiać dobrowolne i niezłomne żądania. Dodatkowo, w wypadku lekarza, można pytać, czy może on spełnić nawet słuszne żądanie pacjenta, jeśli uważa, że nie-

³⁶ J. Najda: *Eutanazja problemu czy problem eutanazji?* „Człowiek i Światopogląd” 1989, nr 1.

³⁷ Ibidem, s. 27.

zgodne jest to z powołaniem tego zawodu? (przypadek, gdy autonomia pacjenta koliduje z autonomią lekarza).

Z powodu tych wątpliwości w dyskusjach o eutanazji istnieje duży rozgardiasz pojęciowy, co widać na przykładzie wyliczania form eutanazji.

Formy eutanazji

Dyskutujący i spierający się o dopuszczalność eutanazji posługują się różnymi typologiami³⁸.

I. Ze względu na to, kogo dotyczy:

1. Umierający (chodzi o przyspieszenie zgonu):

- eutanazja **czynna**, czyli działania skracające życie i cierpienia, np. podanie morfiny, środka nasennego,
- eutanazja **bierna** (zwana często **ortotanazją**), czyli przerwanie działań przedłużających życie, np. wstrzymanie podawania lekarstw, odłączenie aparatury lub niepodejmowanie żadnych działań, pozostawienie spraw naturze.

Podział na eutanazję czynną i bierną krytykuje się, wskazując, że eutanazja bierna przecież także polega na działaniu (odłączenie aparatury). Oba rodzaje eutanazji nazywa się eutanazją w znaczeniu szerokim, eutanazję czynną uznaje się za eutanazję w sensie węższym.

2. Osoby niezdolne do samodzielnej egzystencji, wymagające stałej opieki (chorzy psychicznie, starcy) – eutanazja czynna, czasem bierna, w razie stanu trwale wegetatywnego zaprzestanie odżywiania (co jedni uznają za zaprzestanie terapii, inni za eutanazję bierną lub czynną, jeszcze inni za zwykłe zabójstwo).

II. Podziały ze względu na stan świadomości osób zaangażowanych:

- eutanazja **dobrowolna** – na prośbę, żądanie (wola ofiary lub, by lepiej powiedzieć, eutanata),
- eutanazja **niedobrowolna** – bez zgody eutanata (nie wyraził jej lub nie mógł tego uczynić),
- eutanazja **jawna** (świadoma) – gdy eutanat jest w stanie świadomości,
- eutanazja **potajemna** (nieświadoma) – gdy eutanat nie jest świadomy (np. noworodek).

III. Ze względu na związek sprawcy (eutanasty) z ofiarą (eutanatem) odróżniamy eutanazję **bezpośrednią** od **pośredniej** oraz eutanazję **samobójczą** od **zabójczej**.

³⁸ R. Tokarczyk: *Prawa narodzin...*, s. 138–139.

Poza tymi rozróżnieniami można spotkać odróżnianie eutanazji **kierowanej** (gdy podtrzymuje się życie do określonego momentu, np. pobrania organów do transplantacji) lub **niekierowanej** i odróżnienie **ortotanazji** (zaniechania środków podtrzymujących życie) od **dystanazji**, czyli stosowania nadzwyczajnych środków przedłużających życie. Ta ostatnia może być uporczywą, heroiczną terapią i jako taka w ogóle nie powinna być włączana w zakres pojęcia eutanazji (przecież *dis* w złożeniach oznacza rozdzielanie i wyrazowi, do którego jest dołączone, nadaje znaczenie przeciwstawne lub negatywne).

Łączenie różnych kryteriów rozróżniania postaci eutanazji daje możliwość różnych charakterystyk, np. eutanazja czynna, dobrowolna, świadoma, samobójcza. Jedną z typologii form eutanazji wykorzystującej niektóre wymienione powyżej kryteria jest ta proponowana przez J. Fletchera³⁹, który wyliczał pięć form eutanazji:

- **eutanazja czynna, dobrowolna, bezpośrednia** – jest to samobójstwo pacjenta, któremu na prośbę dostarcza się odpowiednich środków do jego wykonania,
- **eutanazja bierna, dobrowolna, bezpośrednia** – pacjent nie jest w stanie sam zadać sobie śmierci, ale wcześniej wyraził chęć jej przyspieszenia i przekazał swoją decyzję innym (lekarzom, rodzinie, prawnikom), co mają robić, gdy znajdzie się w stanie, gdy będzie niesamodzielny,
- **eutanazja bierna, dobrowolna, niebezpośrednia** – eutanazja dokonywana jest w imieniu pacjenta, za jego zgodą, za pomocą środków niebezpośrednich. Jest to wypełnienie testamentu życia, jaki pacjent sporządził. Chodzi tu o zaprzestanie lub niepodjęcie terapii.
- **eutanazja bierna, niedobrowolna, bezpośrednia** – jest to zabójstwo z litości dokonane bez zgody chorego, ale dla jego dobra. Przykładem może być podanie śmiertelnej dawki leków lub niepodjęcie leczenia w wypadku chorego o niskim poziomie IQ.
- **eutanazja bierna, niedobrowolna, niebezpośrednia** – jest praktykowana każdego dnia w wielu szpitalach. Polega na wycofaniu lub niepodjęciu leczenia przy stosowaniu tylko podstawowej opieki. Robi się to dla dobra pacjenta, niekoniecznie na jego prośbę – decyzję najczęściej podejmuje personel szpitala.

Klasyfikacja Fletchera opierała się na jego sytuacjonizmie chrześcijańskim⁴⁰ krytykującym zasadę świętości życia, uznającym miłość (*agape*) za naczelną zasadę i źródło moralności. Sytuacjonizm etyczny Fletchera obej-

³⁹ J. Fletcher: *Eutanazja*, „Etyka 1993, nr 26; Idem: *Morals and Medicine*. New Jersey 1954, s. 186–190.

⁴⁰ W.R. J a c ó r z y ń s k i: *Joseph Fletcher i agapizm, czyli: „kochaj i rób co chcesz”*. „Etyka” 1993, nr 26.

muje trzy poziomy: miłość (*agape*), mądrość (*sophia*), decyzję (*kairos*). Poziom pierwszy obejmuje najwyższą zasadę moralną, drugi – tradycję kościelną i zasady moralne uznawane przez społeczeństwo, trzeci zaś – moment decyzji, gdy jednostka rozstrzyga, czy mądrość służy miłości. Jeśli jednostka uzna, że zasady moralne sprzeciwiają się miłości, to należy je odrzucić i postąpić tak, jak nakazuje miłość. Intencją Fletchera była obrona eutanazji czynnej, ale nie negował, że każda forma eutanazji jest czynem dobrym, o ile jest czynem wykonanym z miłości (powiększa dobro lub zmniejsza zło). Stanowisko Fletchera świadczy o tym, że chrześcijański pogląd na eutanazję nie jest wcale tak jednoznaczny oraz oczywisty, jak chcieliby reprezentanci tej formacji religijnej i światopoglądowej. Świadczą o tym także wypowiedzi B. Wolniewicza⁴¹, krytykującego Kościół katolicki za jego nieprzejednaną wrogość wobec eutanazji dobrowolnej, czynnej i za uznanie życia za najwyższą wartość kosztem miłości bliźniego. Nawet wśród księży znajdziemy takich, dla których problemem istotnym jest humanizowanie procesu umierania i którzy potrafią odrzucić demagogię obecną w dyskusji o eutanazji⁴².

Przykłady eutanazji

Niekiedy ukazuje się, iż problem eutanazji jest obecny od dawna i że przypadki eutanazji można znaleźć w każdym okresie rozwoju cywilizacji europejskiej, a nawet światowej⁴³. Notuje się akceptowane praktyki uśmiercania kalek, starców, słabych dzieci w Babilonie, Egipcie, Sparcie, Rzymie. Eskimosi stosowali zamrażanie noworodków płci żeńskiej, jak też słabszego z bliźniąt. U plemion koczowniczych w Azji i Afryce spotykano praktyki grzebania noworodka wraz ze zmarłą matką lub uśmiercania jednego z bliźniąt lub noworodka, gdy rodzeństwo miało mniej niż 3 lata.

Z bardziej współczesnych przykładów przytacza się fakt sprzed II wojny światowej, gdy polska aktorka Stanisława Umińska zabiła na prośbę swo-

⁴¹ B. Wolniewicz: *Eutanazja w świetle filozofii*. „Edukacja Filozoficzna” 1997, T. 23. oraz *Perspektywy eutanazji*. „Edukacja Filozoficzna” 1998, T. 26.

⁴² Ks. W. Zuziak: *Śmierć i medycyna – o eutanazji inaczej*. W: *Podstawy i zastosowania bioetyki...*, s. 132.

⁴³ J. Dziedzic: *Eutanazja a religijność*. Kraków 1999; W. Gwóźdź: *Eutanazja jako problem moralny*. „Studia Sandomierskie” 1981, nr 2; Z. Kozak: *Jakość życia i legalizacja eutanazji*. W: *Eutanazja a opieka paliatywna*. Komitet Redakcyjny. Lublin 1996; R. Fenigsen: *Eutanazja. Śmierć z wyboru?* Poznań 1997; J. Sawicki: *W kręgu starych i nowych konfliktów*. Warszawa 1967.

jego narzeczonego chorego i umierającego na nowotwór. Sąd uznał, że jest winna jego śmierci, ale zwolnił ją od kary. W 1939 r. Freud umierający na raka szczęki poprosił lekarza o śmiertelny zastrzyk. Lekarz spełnił prośbę. W latach siedemdziesiątych XX wieku głośno było o dzieciach thalidomidowych – ofiarach stosowania leku wpływającego na rozwój płodu. W 1962 r. odbył się proces w Belgii (Liège) o uśmiercenie dziecka thalidomidowego, oskarżono rodziców i lekarza, który dostarczył trucizny. Oskarżonych uwolniono od kary.

Jedną z najbardziej znanych i kontrowersyjnych postaci, wprowadzających w czyn postulaty zwolenników eutanazji jest urodzony 26.05.1928 r. Jack Kevorkian. Od 1990 r. do 1999 r. asystował, jak się szacuje, w 130 przypadkach eutanazji dobrowolnej (pomoc w samobójstwie). Będąc już na emeryturze, poświęcił czas stworzeniu specjalizacji medycznej, którą nazwał agonologią – postępowaniem wobec konających pacjentów. W 1987 r. zamieścił w miejscowej prasie ogłoszenie: „Lekarz udziela porad nieuleczalnie chorym, pragnącym umrzeć z godnością.” Tytułował się specjalistą w zakresie bioetyki i agonologii. Skonstruował przyrząd służący do popełniania samobójstwa. 4 czerwca 1990 r. Kevorkian pomógł popełnić samobójstwo 54-letniej J. Adkins, kobiecie w początkowym stanie choroby Alzheimera. Kevorkian spełnił prośbę J. Adkins po ośmiu miesiącach jej nalegań. Kobieta, u której choroba postępowała na razie wolno (miewała czasem zaniki pamięci), panicznie bała się utraty kontroli nad swoim postępowaniem i tego, że pewnego dnia stanie się „żywym trupem”. Chciała umrzeć w sposób bezbolesny. Śmierć nastąpiła po 7 minutach od zaśnięcia pod wpływem środka usypiającego, a następnie podania środka na zatrzymanie akcji serca. Przy samobójstwie obecny był także mąż pani Adkins, który cały czas trzymał ją za rękę. Rodzina pacjentki publicznie wyraziła lekarzowi swoją wdzięczność za to, że pomógł jej godnie umrzeć i uwolnił ją od terroru strachu. Sprawa trafiła do sądu, który wydał zakaz prowadzenia tych praktyk, a Kevorkiana w 1991 r. pozbawił prawa wykonywania zawodu. 22.10.1991 r. Kevorkian znowu znalazł się w centrum zainteresowania, tym razem pomógł umrzeć dwóm kobietom: 43-letniej S. Miller chorej na stwardnienie rozsiane i 58-letniej M. Wantz chorej na nowotwór narządów rodnych. Wszystko odbyło się w domku letniskowym w górach. Pani Wantz do palców jednej ręki miała przywiązane dwie nitki aktywujące kroplówki, śmierć nastąpiła po kilkunastu minutach. Przy śmierci obecny był jej mąż. Potem Kevorkian upewnił się, czy pani Miller podtrzymuje chęć odejścia i założył jej na twarz maskę podłączoną do zbiornika z tlenkiem węgla (p. Miller sama nie mogła uruchomić maszyny śmierci). Dodatkowo dożylnie wlewał się środek nasenny. Śmierć nastąpiła po 30 minutach. U boku p. Miller siedziała jej najlepsza przyjaciółka. To wydarzenie doprowadziło do wściekłości oponentów Kevor-

kiana⁴⁴, którzy wnieśli projekt ustawy karającej pomoc przy samobójstwie. Inne doniesienia o działalności Kevorkiana ukazują tę postać w bardzo niekorzystnym świetle – jako ogarniętego obsesją śmierci maniaka, człowieka żadnego sławy i może dlatego pochopnie spełniającego każdą prośbę o śmierć⁴⁵. Na podstawie doniesień prasowych o jego działalności trudno wyrobić sobie miarodajną opinię o tej postaci. Za pomoc w samobójstwie Kevorkian czterokrotnie stawał przed sądem. W trzech rozprawach wydano wyrok uniewinniający, w czwartej dopatrzono się błędów w procedurze. W kwietniu 1999 r. skazano Kevorkiana na karę wieloletniego więzienia za zabójstwo drugiego stopnia.

Do faktów eutanazji zalicza się także praktyki uśmiercania ludzi nie spełniających przyjętego wzorca człowieczeństwa, jakie zdarzyły się w Niemczech. Ideologia narodowosocjalistyczna zakładała wyższość rasy germańskiej nad innymi, dlatego za konieczne uznano usunięcie osobników mogących zagrażać jej czystości. W 1933 r. rozpoczęto przymusową sterylizację upośledzonych, chorych psychicznie oraz niewygodnych grup społecznych, np. homoseksualistów, komunistów, Cyganów.

Ostatecznie usankcjonował takie praktyki (pod nazwą eutanazji) Adolf Hitler, wydając w październiku 1939 r. dekret antydatowany na 1.09.1939 r. Mocą tego dekretu legalna już eutanazja została uznana jako metoda pozbywania się ludzi niepożądanych ze względów eugenicznych, a także rasowych i politycznych. Z upoważnienia Hitlera, przy jednym z głównych urzędów jego kancelarii, powołano do życia organizację, oznaczoną kryptonimem „T 4”, która przeprowadzała masowe akcje uśmiercania dzieci, chorych umysłowo i kalek, a następnie także dorosłych, a od 1941 r. więźniów obozów koncentracyjnych. Lekarze realizujący „T 4” nigdy nie uważali siebie za zabójców, ale za ludzi służących lekarską pomocą. Zbrodniczy charakter akcji „T 4” powodował wprawdzie protesty zarówno przedstawicieli duchowieństwa niemieckiego, jak i niektórych dyrektorów zakładów opiekuńczo-wychowawczych, jednak mimo tego akcję kontynuowano. W Polsce w latach 1940–1941 uśmiercono około 80 tys. chorych psychicznie. Wiosną 1941 r. Himmler polecił szefowi „T 4” Wiktorowi Brackowi powołać komisje psychiatryczne, które miały wyeliminować z obozów koncentracyjnych więźniów społecznie nieużytecznych. Komendantom obozów koncentracyjnych polecono, tajnym pismem, przygotowanie na swoim terenie akcji, tym razem pod kryptonimem „I4 F13”. W wyniku tych akcji w latach 1939–1943 w specjalnych instytutach śmierci pozbawiono życia ok. 275 tys. osób⁴⁶.

⁴⁴ M. Wroński: *Śmierć na życzenie*. „Polityka 1992, nr 35.

⁴⁵ „Reader’s Digest” May 1999, s. 58–64; M. Kośmicki: *Eutanazja – co jeszcze warto o niej wiedzieć? Część trzecia: USA*. „Puls Solidarności” 1998, nr 3.

⁴⁶ J. Dziedzic: *Eutanazja...*, s. 40.

Dla powyższych działań zarezerwowano już w literaturze określenie **pseudoeutanazja**, które trafnie oddaje istotę owych posunięć, użycie zaś słowa „eutanazja” miało na celu zakamufłowanie zbrodni dokonanych przeciwko ludzkości⁴⁷. Zbrodnicze praktyki nazistów opatrzone nazwą „eutanazja”, jak sądzi T. Kielanowski, do dziś rzutują na atmosferę dyskusji, a kojarzenie eutanazji z ludobójstwem powodowało, „że w krajach w czasie wojny okupowanych musiały minąć dwa dziesięciolecia, zanim teoretycy odważyli się wspomnieć, że w ogóle istnieje, narzuca się problem niepotrzebnego cierpienia i przedłużania tego cierpienia przez naukę, przez lekarzy”⁴⁸. Sytuacja taka, można powiedzieć, trwa do dzisiaj. Przeciwnicy eutanazji kojarzą ją z hitlerowskim ludobójstwem, uznają bowiem, że myślenie w kategoriach jakości życia zawsze musi doprowadzić do tragicznych i zbrodniczych skutków⁴⁹.

Powoływanie się na przypadki czy fakty z przeszłości nie wnosi wiele do dyskusji o eutanazji. Fakty te trzeba jeszcze jakoś zinterpretować, by na tej podstawie dojść do jakiegoś wniosku. To, że w wielu społeczeństwach od dawna notuje się zabijanie ludzi, nie świadczy o braku szacunku dla życia ani o tym, że te zabójstwa były eutanazją. Jeśli nie podaje się skali zjawiska uśmiercania (a tej często nie znamy), nie wiemy, czy dziś jesteśmy lepsi czy gorsi od ludzi żyjących dawniej. Podawane przypadki tzw. eutanazji świadczą, moim zdaniem, raczej o tym, że zabijanie słabych, chorych, nieużytecznych społecznie ludzi było powodowane względami pragmatycznymi czy ekonomicznymi (w sytuacji ograniczonych środków do życia, trudnych warunków przetrwania grupy zabijanie członków będących obciążeniem i zagrożeniem dla istnienia innych było koniecznością) oraz ideologicznymi (eliminowanie jednostek nie odpowiadających pewnemu modelowi człowieka (Sparta), mogących degenerować gatunek ludzki (psychicznie chorzy), nie spełniających wzorca człowieczeństwa, np. III Rzesza). Przypadków w których mamy do czynienia z takimi motywami, nie nazwałabym eutanazją. Tym bardziej, że i sposoby zabijania (grzebanie żywego dziecka, zrzućenie ze skały, porzucenie na pastwę losu, okrutne sposoby zadawania śmierci w III Rzeszy) nie pozwalają uznać takiej śmierci za dobrą. Tylko motywy humanitarne – wrażliwość na ludzki ból, cierpienie, którego nie można uśmierzyć, a które nie zawsze uszlachetnia, może wpływać destrukcyjnie, pozbawiać godności – pozwalają kwalifikować pewne czyny zabójcze jako eutanazję. Ustalenie tego motywu jest bardzo trudne, co ukazuje przykład Kevorkiana.

⁴⁷ R. Tokarczyk: *Prawa narodzin...*, s. 140.

⁴⁸ T. Kielanowski: *Problem niepotrzebnego cierpienia. O niepotrzebnym cierpieniu rodzonym przez postępy nauk medycznych*. W: *W kręgu życia i śmierci*. Red. Z. Szawarski. Warszawa 1987, s. 164.

⁴⁹ T. Ślipko: *Granice życia*. Warszawa 1988, s. 287; R. Fenigsen: *Eutanazja. Śmierć z wyboru?* Poznań 1994, s. 51–53.

Moralne i prawne oceny eutanazji

W ciągu stuleci kwalifikacja normatywna eutanazji nie ulegała zmianom⁵⁰. Traktowano ją jako samobójstwo lub morderstwo. Usprawiedliwiali ją (jako postać samobójstwa) niektórzy filozofowie starożytni: Epikur, Cicero, Seneka. Według niezbyt pewnych przekazów eutanazję (w postaci morderstwa) praktykowano w Sparcie. Urzędnicy państwowi nakazywali porzucanie słabych noworodków na wzgórzach Tajgetos na pastwę zwierząt i ptaków. Przeciwnicy eutanazji nazwali to mentalnością tajgeteską⁵¹.

Można przyjąć, że pierwszym myślicielem nowożytnym, który oświadczył wyraźnie, że długotrwałe cierpienie ludzi umierających to zło niepotrzebne, był angielski filozof i humanista Tomasz Morus, żyjący w XVI wieku. Tworząc w swojej *Utopii* obraz idealnego ustroju przyszłości, odniósł się do kwestii umierania. Wprawdzie nieuleczalnie chorzy otaczani są tam nie mniejszą opieką niż uleczalni, jednak, gdy ktoś nieuleczalnie chory pada ofiarą okrutnego i nieprzemijającego bólu, księża oraz sędziowie starają się go przekonać, że jego życie jest i dla niego, i dla innych ciężarem, dlatego powinien umrzeć (przez powstrzymanie się od jedzenia lub uśpienie). W utopii Morusa nikogo wbrew woli nie pozbawia się życia; jeśli nieuleczalnie chory chce dalej żyć, pielęgnuje się go z taką samą jak innych troskliwością. Tych, którzy dali się przekonać, traktuje się jak bohaterów i sprawia się im zaszczytny pogrzeb.

Żyjący na przełomie XVI i XVII wieku Franciszek Bacon, uważany jest za twórcę słowa „eutanazja”. Użył tej nazwy w dwu dziełach: *De euthanasia exteriore* (1605) oraz *De dignitate et augmentis scientiarum* (1623). Bacon uważał, że zadaniem lekarza jest nie tylko przywracać zdrowie, ale również łagodzić ból i cierpienia związane z umieraniem. Eutanazja, w jego rozumieniu, to dobra, otoczona troską śmierć. Ma ona polegać na uśmierzaniu bólu – nie chodzi o przyspieszenie śmierci, lecz takie postępowanie z chorym, by śmierć nadeszła bez cierpień fizycznych i duchowych. Na marginesie warto odnotować, że Bacon niesłusznie jest uznawany za prekursora eutanazji (w znaczeniu przyspieszenia śmierci); poglądy Bacona na dobrą śmierć pozwalają uznać go raczej za prekursora opieki paliatywnej⁵².

Filozofów, którzy nie potępiają eutanazji, jest więcej: można tu wymienić takie nazwiska, jak J.G. Fichte, D. Hume, J. Bentham, J.St. Mill, A. Schopenhauer, F. Nietzsche.

⁵⁰ R. Tokarczyk: *Prawa narodzin...*, s. 139.

⁵¹ Terminem takim posługuje się R. Fenigsen: *Eutanazja. Śmierć z wyboru?*...

⁵² N. Aumonier, B. Beignier, Ph. Lettier: *Eutanazja*. Warszawa 2003, s. 38–39.

W 1920 r. ukazała się praca dwóch niemieckich uczonych – K. Bindinga i A. Hoche – pod wiele mówiącym tytułem *Zgoda na zniszczenie życia niegodnego istnienia, jej zakres i forma*. Autorzy ci opracowali teoretyczne podstawy późniejszych programów nazistowskiego ludobójstwa, nieudolnie osłanianego nazwą eutanazji.

Już wcześniej poza granicami Niemiec istnieli zwolennicy legalizacji eutanazji. W 1903 r. Nowojorskie Stowarzyszenie Medyczne zachęcało swoich członków do skracania życia chorych na raka, gruźlicę i paralityków. W Anglii ruch propagujący eutanazję został zainicjowany w 1932 r. przez dr. K. Millarda, przewodniczącego Stowarzyszenia Lekarzy. Domagał się on legalizacji „uśmiercania z litości” i zyskał poparcie nie tylko wśród lekarzy, ale także wśród protestanckich teologów. Jednak złożony w 1936 r. projekt legalizacji eutanazji został odrzucony przez Izbę Lordów. Rosyjski kodeks karny z 1922 r. zwalniał z wszelkiej winy autora zabójstwa z litości, jeżeli umiał on udowodnić, że działał na prośbę ofiary. Ten przepis pozostawał jednak w mocy tylko kilka miesięcy. Próby legalizacji eutanazji podjęto również w innych krajach europejskich: w Szwajcarii (1923), Danii (1924), w stanie Illinois (1924) oraz w stanie Nebraska (1938). Skończyły się one wprawdzie niepowodzeniem, ale zapowiadały ożywienie działalności zwolenników eutanazji. Stało się to po II wojnie światowej – projekty ustaw lub rezolucje na rzecz eutanazji wniesiono w stanach Connecticut (1951 i 1959), Floryda (1968 i 1974), Idaho (1969), Wisconsin (1971), Meryland i Massachusetts (1974), Hawaje (1972), Illinois (1973) oraz kolejny raz w Anglii w 1969 r. Towarzystwa na rzecz legalizacji eutanazji powstały w Australii w 1973 r., w Holandii w 1973 r., w Południowej Afryce w 1974 r. i w Japonii w 1976 r.

Do podobnego celu, i z podobnym rezultatem, dążyło od 1938 r. Amerykańskie Towarzystwo Eutanazji. Od 1932 r. aż do naszych dni zabiega o dopuszczalność eutanazji angielskie Towarzystwo Legalizacji Dobrowolnej Eutanazji. Według biuletynów Światowej Federacji Towarzystw Walczących o Prawo Człowieka do Śmierci, współcześnie działa w świecie ponad 30 organizacji zabiegających o legalizację eutanazji.

W czerwcu 1994 r. parlament holenderski przegłosował prawo legalizujące eutanazję, Izba Wyższa je zatwierdziła i to, co od dwudziestu lat stanowiło dość powszechną praktykę, odbywa się obecnie w majestacie prawa. Drugim krajem na świecie, w którym została zalegalizowana eutanazja, jest Belgia. Ustawa, która weszła w życie 23.09.2002 r., dopuszcza śmierć na życzenie pod ściśle określonymi warunkami i, przynajmniej w założeniu, ma zapewnić całkowitą kontrolę nad tym, dokonywanym jak dotąd nielegalnie, postępowaniem. Zgodnie z prawem amerykańskiego stanu Oregon z 1994 r. eutanazji można dokonać, jeśli wcześniej zespół lekarski stwierdzi, że pacjent nie przeżyje dłużej niż pół roku. W niektórych kantonach szwajcarskich

jest dopuszczalne podanie cierpiącemu na „jego prośbę” trucizny, którą może zażyć sam bez obecności lekarza. Działa tam też organizacja *Exit*, pomagająca w dokonywaniu eutanazji samobójczej. Prawodawstwa Hiszpanii, Portugalii i Kuby traktują eutanazję jako współuczestnictwo w samobójstwie. W Polsce, Japonii, Niemczech, Austrii, Rumunii eutanazja traktowana jest jako uprzywilejowana forma zabójstwa, a więc przestępstwa zagrożonego niższą karą niż zabójstwo. Natomiast prawodawstwo kanadyjskie, francuskie i węgierskie zalicza eutanazję do zabójstw karanych bardziej surowo⁵³.

W Polsce, oprócz wąskich dyskusji akademickich, oficjalnie o eutanazji się nie mówi, choć – jak twierdzą niektórzy – wykonuje się ją⁵⁴. Jednocześnie notuje się, podobnie jak w wielu innych krajach, wzrastające społeczne przyzwolenie na eutanazję dobrowolną, czynną⁵⁵. Część polskiego środowiska prawniczego od lat siedemdziesiątych była przekonana o konieczności zmian kodeksu karnego (szczególnie art. 150)⁵⁶. Zmiany te wprowadzono w 1997 r. O ile w starym kodeksie karnym art. 150 przewidywał karę od 6 miesięcy do 5 lat za dokonanie zabójstwa pod wpływem współczucia i na prośbę zabitego, w nowym kodeksie karnym art. 150 za tego rodzaju czyn wyznacza się karę od 3 miesięcy do 5 lat, a § 2 art. 150 głosi, że sąd może w wyjątkowych wypadkach zastosować nadzwyczajne złagodzenie kary, a nawet odstąpić od jej wymierzenia. Przeciwnicy nowelizacji polskiego kodeksu karnego uznali to za osłabienie prawa do życia i początek depenalizacji eutanazji⁵⁷. Jak wskazuje K. Poklewski-Kozieł⁵⁸, niezależnie od stanowiska wobec eutanazji, istnieje tu rozchwianie na skalę światową – obecne i w opinii publicznej, i w normach prawnych (pokazuje to na przykładzie USA). Z jednej strony w imię prawa do wolności osobistej dąży się do prawnej gwarancji prawa do śmierci (w postaci eutanazji dobrowolnej), z jednoczesną gwarancją ochrony życia ludzkiego (by nikt nie zabijał nas wbrew woli). Z drugiej, istnieje obawa, że legalizacja eutanazji dobrowolnej może doprowadzić do przekształcenia jej w niedobrowolną, przymusową. Jednocześnie brak legalizacji eutanazji dobrowolnej wyzwała lęk przed stosowaniem uporczywej terapii, podtrzymywania przy życiu ciała pozbawionego tego, co tworzy wartość życia. Czy jest z tego jakieś wyjście? Autor pozostawia to bez wyraźnej odpowiedzi. Patrząc na

⁵³ R. Tokarczyk: *Prawa narodzin...*, s. 140.

⁵⁴ *Ostatni oddech*. „Wprost” 1993, nr 9; *Wyklęte słowo eutanazja*. „Polityka” 2000, nr 46.

⁵⁵ M. Gałuszka: *Potoczna interpretacja śmierci*. W: *Umierać bez lęku. Wstęp do bioetyki kulturowej*. Red. M. Gałuszka, K. Szewczyk. Warszawa 1996.

⁵⁶ J. Najda: *Eutanazja problemu czy problem eutanazji*. „Człowiek i Światopogląd” 1989, nr 1; K. Poklewski-Kozieł: *O eutanazji w świetle nowych koncepcji prawniczych*. „Państwo i Prawo” 1997, z. 1.

⁵⁷ K. Nelke: *Eutanazja – śmierć na życzenie*. W: *Wyzwania współczesnego człowieka. Refleksje etyczne*. Lublin [b.r.w.], s. 40–43.

⁵⁸ K. Poklewski-Kozieł: *O eutanazji...*, s. 55–57.

cierpienia niewinnych ludzi, których przyczyną są złe zasady, przepisy, idee, można przytoczyć maksymę la Rochefoucaulda: „Wszyscy mamy dosyć siły, aby znosić nieszczęścia innych.”

Argumenty w sporze o dopuszczalność eutanazji

Stanowiska wobec eutanazji, sądzi M. Adamkiewicz, „są jasno wyrażone i spolaryzowane, debata zaś nad nimi jest dość monotonna (bo oparta na aprobacie bądź dezaprobatie zjawiska), choć przywołująca różne argumenty. Zresztą charakter sporów o zabarwieniu ideologicznym zawsze posiada dualistyczny wymiar, albowiem opinie mogą dotyczyć najwyższych pryncypiów, czyli np. apologii praw naturalnych opartych na autorytecie Stwórcy lub też autonomii człowieka w rozstrzyganiu dylematów egzystencjalnych.”⁵⁹ Próby uporządkowania argumentów używanych w sporze o eutanazję dokonał R. Tokarczyk⁶⁰, który może niepotrzebnie używa tu terminu „norma”. Zdaniem autora wszystkie występujące w sporze normy można podzielić na medyczne, etyczne, psychologiczne, pragmatyczne i prawne o charakterze proeutanatycznym lub antyeutanatycznym. Normy proeutanatyczne mogą wyrażać stanowisko radykalne, dopuszczające obie formy eutanazji (czynną i bierną) oraz stanowisko umiarkowane, dopuszczające eutanazję tylko na zasadzie zaistnienia podwójnego skutku. Normy antyeutanatyczne mogą mieć charakter rygorystyczny, nie zezwalający na żadną postać eutanazji lub charakter liberalny, przyzwalający na eutanazję bierną. Do najczęściej wykorzystywanych racji uzasadniających obie grupy norm, jak sądzi autor, należą racje z zakresu praw natury, kantyzmu, praw człowieka, kontraktualizmu i utylitaryzmu.

Medyczne normy proeutanatyczne akcentują niemożność wyleczenia niektórych chorób i stanów kalectwa, podważają sensowność podtrzymywania życia pacjentów będących w stanach agonii oraz odczuwających wielkie cierpienia fizyczne i psychiczne.

Medyczne normy antyeutanatyczne odwołują się przede wszystkim do treści przysięgi Hipokratesa i opartych na niej kodeksach etyki lekarskiej, potwierdzonych *Deklaracją genewską* opracowaną przez Światowe Stowarzyszenie Lekarskie. Lekarze sprzeciwiający się eutanazji podkreślają, że jej dopuszczenie przekreśla istotę ich powołania zawodowego, a nawet prowadzi do unicestwienia medycyny.

⁵⁹ M. Adamkiewicz: *Zagadnienie śmierci...*, s. 269.

⁶⁰ R. Tokarczyk: *Prawa narodzin...*, s. 140–142.

Etyczne normy proeutanatyczne dość wyraźnie rozgraniczają eutanazję dobrowolną bierną od eutanazji dobrowolnej czynnej. Dopuszczają (określając różne jej warunki) te dwie postaci eutanazji, ale z reguły sprzeciwiają się innym jej postaciom. Za fundamentalną wartość przyjmują wolność rozumnego człowieka i jego prawo do wyboru między niegodnym cierpieniem a godną śmiercią.

Etyczne normy antyeutanatyczne odwołują się do przekonania, że wartość życia ludzkiego jest najwyższym, bezwzględnym dobrem nie dającym się porównać z innymi dobrami i dlatego zasługującym na bezwzględną ochronę. Dodajmy tu jeszcze, czego nie robi Tokarczyk, że etyczne normy antyeutanatyczne często wsparte są założeniami religijnymi, głoszącymi, że to Bóg jest dawcą oraz dysponentem życia ludzkiego i z tego powodu człowiek nie ma prawa do zabijania.

Psychologiczne normy proeutanatyczne mogą wynikać z różnych emocji, zarówno o charakterze uczuć ciepłych (litość, współczucie), poczucia bezsilności, jak i chłodu uczuciowego. Ten ostatni czynnik może wywoływać większy niepokój występujących w obronie życia ludzkiego niż ten pierwszy.

Psychologiczne normy antyeutanatyczne zwracają uwagę na to, że prośby lub wprost żądania eutanazji występują w następstwie załamania psychicznego chorego i są raczej świadectwem braku właściwej opieki nad chorym i umierającym niż jego niezłomnej woli śmierci. Normy antyeutanatyczne wskazują też, że prośba lub żądanie eutanazji mogą być wynikiem nieuświadomienia sobie przez chorego tego, czego rzeczywiście pragnie (często zakłada się, że w sytuacji wielkiego bólu i załamania psychicznego chory nie może być uznany za osobę kompetentną).

Pragmatyczne normy proeutanatyczne koncentrują się wokół idei jakości życia, która jest z wielką pasją krytykowana i odrzucana przez zwolenników norm antyeutanatycznych. Idea ta zakłada możliwość ustalenia jakości ludzkiego życia przez jego samopoczucie, szczęście, zadośćuczynienie i dobrobyt. Ludziom ciężko chorym oraz osobom decydującym o ich losie w ich imieniu przyznaje się prawo do oceny wartości życia przenikniętego cierpieniem jako nie odpowiadającego kryteriom jakości.

Pragmatyczne normy antyeutanatyczne w dużym stopniu wynikają ze sprzeciwu wobec koncepcji jakości życia. Uwzględniają też inne argumenty antyeutanatyczne, w tym chyba najważniejszy, argument równi pochyłej.

Prawne normy proeutanatyczne i antyeutanatyczne, rozpatrywane w kontekście prawa natury, wskazują na sprzeczność dwóch naturalnych dążeń (skrócenia życia człowieka – możliwie największego jego wydłużenia). „Jeśli przeto dążenie do możliwie najdłuższego życia jest pragnieniem naturalnym, eutanatyczne gaszenie życia należałoby uznawać za akt nienaturalny, godzący w prawa natury. Taką prawnonaturalną ocenę eutanazji komplikuje

jednakże inny fakt – traktowanie nieuleczalnego cierpienia człowieka także jako faktu naturalnego. Gdyby takie rozumowanie przyjąć za trafne, eutanazja byłaby przykładem kolizji norm prawa natury. Naturalne pragnienie długiego życia ustępowałoby tutaj naturalnemu pragnieniu usunięcia cierpienia poprzez nienaturalne skrócenie życia – eutanazję.⁶¹ W sferze prawa cywilnego, podkreśla Tokarczyk, przyjęcie pacjenta przez lekarza oznacza zawarcie między nimi umowy dotyczącej leczenia, przy czym leczenie ma się odbywać w zgodzie ze wskazaniami etyki lekarskiej. I chociaż pacjent z lekarzem mógłby zawrzeć umowę o dokonanie eutanazji, wyraźnie kłóciłaby się ona z sensem leczenia. Umowa taka przenosi problematykę eutanazji na płaszczyznę prawa karnego, które może ją kwalifikować w bardzo szerokich granicach: między zupełną bezkarnością a surową karalnością.

Perspektywy

Na pytanie, czy jest jakieś wyjście z zaułka, w którym znalazła się dyskusja o eutanazji, trudno jest udzielić jednej odpowiedzi. Przeciwnicy eutanazji w każdej postaci sądzą, że jedynym rozwiązaniem jest właściwe postępowanie z umierającym – opieka paliatywna, hospicyjna⁶², pojęta jako całościowa, wielospecjalistyczna, aktywna opieka nad chorymi, umierającymi i ich rodzinami. Jej celem jest poprawa jakości życia chorego oraz jego rodziny (człowiek cieszący się życiem, jakie mu pozostało, nie będzie żądał eutanazji, nie będzie też ciężarem dla rodziny⁶³), zaspokojenie potrzeb ludzi chorych i umierających, łagodzenie bólu za pomocą skutecznych metod, psychoterapia pomagająca umierającemu oswoić się ze śmiercią. W ten sposób ma się unikać skracania życia terminalnie chorych, jak też uporczywej, bezcelowej terapii. Nikt nie wątpi, że taka opieka jest słuszna, potrzebna i rzeczywiście może w znacznym stopniu przyczynić się do zmniejszenia skali problemu eutanazji, ale trudno uznać tę propozycję za jej jedyne oraz ostateczne rozwiązanie. Problem polega na tym, że wielu potrzebujących nie ma szans na skorzystanie z takiej opieki i umrze śmiercią niedobłą. Nawet gdyby wszystkich umierających objąć skuteczną opieką paliatywną, pozostaną przypadki ludzi chorych, którzy nie są w fazie terminalnej, ale nie zgadzają się na beznadziejną perspektywę powolnej degradacji

⁶¹ Ibidem, s. 142.

⁶² *Eutanazja a opieka paliatywna...*

⁶³ K. de Walden-Gałąszko: *Eutanazja a jakość życia pacjentów w terminalnym okresie choroby nowotworowej*. W: *Eutanazja a opieka paliatywna...*, s. 60–65.

(jak p. Adkins). Poza tym, pomimo niewątpliwych sukcesów medycyny paliatywnej, sami lekarze zauważają, że są przypadki cierpienia nie dającego się usunąć. Widział to Barnard, który powiedział: „Odpowiadając zaś tym, którzy twierdzą, iż zawsze można ulżyć cierpieniom umierającego, powiem tyle: albo nie spotykali się dostatecznie blisko z tym problemem, albo też brakuje im pewnej elementarnej cnoty – zdolności do współodczuwania.”⁶⁴

Istniejące w medycynie coraz większe przyzwolenie na śmierć naturalną (pomijając kłopoty z ustaleniem treści tego pojęcia) są także pewnym rozwiązaniem – to, co zwykle określa się mianem eutanazji biernej, niedobrowolnej nie będzie tak traktowane, bo jest coraz częściej uznawane za uzasadnione zaprzestanie bezcelowej terapii, wycofaniem się z terapii uporczywej. Sprzyjają temu, co jest ważne dla katolików, i stanowisko Kościoła, i wypowiedzi Jana Pawła II. Warto przytoczyć znamienne słowa z Encykliki *Evangelium Vitae*: „Od eutanazji należy odróżnić decyzję o rezygnacji z tak zwanej »uporczywej terapii«, to znaczy z pewnych zabiegów medycznych, które przestały być adekwatne do realnej sytuacji chorego, ponieważ nie są już współmierne do rezultatów, jakich można by oczekiwać, lub też są zbyt uciążliwe dla samego chorego i dla jego rodziny. W takich sytuacjach, gdy śmierć jest bliska i nieuchronna, można w zgodzie z sumieniem zrezygnować z zabiegów, które spowodowałyby jedynie nietrwałe i bolesne przedłużenie życia, nie należy jednak przerywać normalnych terapii, jakich wymaga chory w takich przypadkach. Istnieje oczywiście powinność moralna leczenia się i poddania się leczeniu, ale taką powinność trzeba określać w konkretnych sytuacjach.”⁶⁵ Pozostanie jednak problem z eutanazją czynną i dobrowolną. Tutaj, na co wskazują przeciwnicy eutanazji⁶⁶, istnieje tendencja w medycynie oraz kulturze przyzwalająca, której powstrzymać się nie da. Wcześniej czy później nastąpi także prawna legalizacja eutanazji dobrowolnej – na wzór Holandii czy Belgii. Czy tak się stanie i czy doprowadzi to do fatalnych skutków, jakie wieszczą przeciwnicy eutanazji dobrowolnej, okaże się w dalszej przyszłości. Legalizować eutanazję dobrowolną, czy nie? Każdy wybór jest zły. Przychyłam się raczej do opinii, że eutanazja może być przejawem miłości oraz szacunku dla osoby i jako taka nie daje się ująć w normy prawne. Każdy czyn eutanazji dobrowolnej należałoby osądzić i usprawiedliwić. Może rację mają ci, którzy sądzą, że lepiej postawić tę sprawę tak: prawo zakazuje eutanazji i traktuje ją jako zabójstwo, które jest łagodniej osądzone (można nawet zwolnić sprawcę od kary), moralność czyni ją decyzją oraz czynem wymagającym heroizmu, nie wolno

⁶⁴ Ch. Barnard: *Godne życie, godna śmierć*. Warszawa 1996, s. 71. Na tę kwestię zwraca też uwagę B. Wolniewicz: *Eutanazja i biolatria*. „Znak” 2001, nr 7, s. 103.

⁶⁵ Jan Paweł II: *Evangelium vitae*. Wrocław 1995, s. 65.

⁶⁶ B. Kamiński: *Śmierć na życzenie*. „Życie Warszawy” z 11.10.1996.

tego ułatwiać ani umniejszać⁶⁷. Nie zgodzą się z takim ujęciem ci, którzy sądzą, iż społeczeństwo powinno mieć obowiązek pomocy w samobójstwie osobie beznadziejnie cierpiącej i że „jest rzeczą niegodną ze strony społeczeństwa zmuszanie człowieka, by robił coś takiego sam”⁶⁸. Idąc śladem propozycji Beauchampa i Childressa, można zrezygnować z terminu „eutanzja”, skoro budzi on negatywne skojarzenia, oraz mówić tylko o środkach obowiązkowych i nieobowiązkowych, choć i to rozwiązanie byłoby pozorne, bo koncepcja jakości życia służąca takiemu rozróżnieniu nie będzie odpowiadać zwolennikom świętości życia.

Sama dyskusja o eutanazji, jak to bywa w sprawach angażujących duże emocje, jest obciążona (po obu stronach) demagogią, zabiegami perswazyjnymi, wzajemnymi oskarżeniami o nierzetelność, „falszywy humanizm”, niezrozumienie istoty życia i śmierci, cierpienia, wolności. To często uniemożliwia nawiązanie dialogu oraz próby uzgodnienia minimum, na które obie strony mogłyby się zgodzić. Ma się wrażenie, że w sporze o pryncypia gubi się chory, cierpiący człowiek. Chorym znajdującym się w stanie nieświadomości to nie pomoże ani nie zaszkodzi (o ile nie czują bólu). Najbardziej poruszyć może los chorych, świadomych i autonomicznych ludzi, którym odmawia się spełnienia ich woli, jak było w wypadku Diane Pretty apelującej o pomoc w samobójstwie. Pani Pretty znajdowała się w zaawansowanym stadium neurodegeneracyjnej choroby mózgu. Karmiona była za pomocą aparatury, nie mogła wyraźnie mówić, zeznania w sądzie składała z inwalidzkiego wózka wyposażonego w komputer i drukarkę. Jej prośbę popierała rodzina (mąż i dzieci). Izba Lordów orzekła, że mąż nie może pomóc jej w samobójstwie, argumentując, iż nie narusza to praw człowieka i że prawa takiego nie ma w konwencji europejskiej⁶⁹. Pani Pretty odwołała się do Trybunału Praw Człowieka w Strasburgu, który także oddalił jej żądanie. W końcu zmarła 12.05.2002 r.

Wnioski

Przedstawione powyżej problemy śmierci i umierania są tylko wycinkiem problematyki tanatologicznej. Pominęłam inne rodzaje śmierci zadanej (za-

⁶⁷ Tak widzi sprawę A. Koraszewski: *W grzechu poczęci. Wiara i seks we współczesnym świecie*. Warszawa 1996, s. 134.

⁶⁸ Słowa z listu P. Bridgmana, który cierpiąc na nowotwór, popełnił w 1961 r. samobójstwo, cyt. za Sh. B. Nuland: *Jak umieramy*. Warszawa 1996, s. 197.

⁶⁹ „Gazeta Wyborcza” z 30.11.2001, s. 12; z 23–24.03.2002.

bójstwo, karę śmierci, śmierć na wojnie), a omówiona śmierć z wyboru obejmuje tylko część problematyki samobójstwa. Za sprawą bioetyki zostaje zerwana zmowa milczenia wokół zagadnień śmierci. Ostatnio nawet częściej podejmuje się problematykę tanatologiczną w porównaniu z innymi problemami biogenezy i bioterapii. Bioetyka może mieć swój udział w zmianie postaw współczesnych ludzi wobec śmierci – wyraźnie dominuje w niej tendencja oswojenia śmierci, zerwania z wzorcem śmierci dziedziczącej. Nie ma jednak zgody, jak to zrobić. Wszyscy zgadzają się, że nie należy kontynuować terapii daremnej, uporczywej, ale granica między terapią uporczywą a użyteczną nie jest ustalona (czy mają to być „naturalne” granice życia, czy jakość życia). Oswojenie śmierci wymaga jej demedycyzacji oraz innego ustalenia zakresu obowiązków medycyny (ratowania życia i łagodzenia cierpienia), co nie jest łatwe, jak pokazywał chociażby Jonas. Nikt nie neguje tego, że śmierć powinna być dobra, godna człowieka i że umierającemu trzeba pomóc przez odpowiednią opiekę oraz wsparcie, ale istnieje duża rozbieżność poglądów, a także niekonsekwencja w ustaleniu warunków dobrej śmierci i pomocy w umieraniu.

Być może kiedyś powróci w kulturze wzorzec śmierci oswojonej. Nawet wtedy śmierć własna pozostanie zadaniem trudnym, z czym każdy kiedyś będzie musiał sam się uporać. Przyzwolenie na śmierć naturalną (z powodu chorób i starości) jest coraz większe, choć jednocześnie obecne jest dążenie przeciwstawne – do życia jak najdłuższego, a nawet występują marzenia o nieśmiertelności. Przyzwolenie na śmierć nienaturalną (samobójstwo, eutanazja dobrowolna) jest większe w wypadku tzw. opinii publicznej niż w kręgach lekarskich czy akademickich. Stosunek do eutanazji dobrowolnej zależy w dużej mierze od osobistego doświadczenia. Ludzie, którzy zetknęli się z beznadziejnym, degradującym bólem, którego nie można uśmierzyć, mają zwykle bardziej liberalne podejście do tej kwestii. Trudno jest dobrze żyć, czasem jeszcze trudniej dobrze umrzeć, szczególnie wtedy, gdy zależy to od decyzji innych ludzi.

Rozdział VIII

Życie ludzkie w kontekstach moralnych – etyka wartości życia a etyka jakości życia

Życie ludzkie należy w kulturze europejskiej do wartości szczególnie cenionych – istnieje głęboko zakorzenione przekonanie, że życie ludzkie (a w szczególności życie ludzi niewinnych) jest święte, nietykalne, ma wartość bezwzględną.

W ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat słuszność tego przekonania jest coraz częściej kwestionowana przez rzeczników etyki jakości życia – przyczynia się do tego charakter zmian cywilizacji współczesnej (tempo zmian warunków egzystencji jednostek i całych społeczeństw), zderzenie się odmiennych kultur operujących swoimi koncepcjami sensu świata i życia (zderzenie antropocentryzmu oraz biocentryzmu na poziomie religii i systemów filozoficznych), kłopoty z realizacją nakazu bezwzględnej ochrony życia ludzkiego. Niedawno ujawniło się to z całą mocą w Wielkiej Brytanii, gdy urodziły się bliźnięta syjamskie Jodie i Mary. Przypadek ten wymaga wyjaśnienia, by ukazać jego dramatyzm. 8.08.2000 r. w szpitalu St. Mary's w Manchesterze przyjęto poród siostr syjamskich. Rodzice dziewczynek, jeszcze przed ich porodem, przybyli do Wielkiej Brytanii z małej wyspy w pobliżu Malty, by uzyskać odpowiednią pomoc medyczną, konieczną w wypadku narodzin bliźniąt syjamskich. Dziewczynki połączone były dolną częścią brzusków. Mary, ze szczątkowym mózgiem, bez serca i płuc (niektóre doniesienia mówiły, że miała nadmiernie rozrośnięte i nieczynne serce), żyła kosztem Jodie, której organizm podtrzymywał funkcje życiowe

siostry. Zdaniem lekarzy bez interwencji chirurgicznej obie bliźniaczki umrą w ciągu 3–6 miesięcy. Ewentualny zabieg rozdzielenia da, jak szacowano, 80–90% szansę przeżycia silniejszej dziewczynki (Jodie), choć nie wyeliminuje silnego upośledzenia. Jedno było pewne: operacja zakończy się śmiercią Mary. Rodzice, powodowani względami religijnymi, nie zgodzili się na rozdzielenie. Uznawali, że należy pozwolić umrzeć obu dziewczynkom zgodnie z wolą Boga i prawami natury. Mogli wypisać dzieci ze szpitala oraz opuścić Wielką Brytanię, pozostali jednak, bo uznali, że tu dzieci będą miały lepszą opiekę medyczną (dziewczynki, na podstawie porozumienia o pomocy medycznej z Malcią, uzyskały w Wielkiej Brytanii prawo do bezpłatnej pomocy brytyjskiej służby zdrowia). Wciąż jednak sprzeciwiali się operacji. Władze szpitala skierowały sprawę do sądu, który 25 sierpnia orzekł, że należy przeprowadzić operację wbrew woli rodziców i uratować Jodie za cenę życia słabszej Mary. Ta decyzja wzbudziła kontrowersje – skrytykowali ją zwierzchnicy brytyjskich katolików oraz takie ugrupowania, jak *Pro-Life Alliance*; większość angielskich mediów uznała ją za słuszną, kładąc nacisk na ratowanie życia Jodie aniżeli uśmiercenie Mary. Prawnicy reprezentujący rodziców odwołali się od decyzji sądu pierwszej instancji. Rozpoczęła się batalia prawna w sądach, która zakończyła się wygraną zwolenników przeprowadzenia operacji. Sędziowie jednomyślnie opowiedzieli się za rozdzieleniem siostr i tym samym wybrali, by dać szansę przeżycia silniejszej z nich. Rodzice nie zdecydowali się apelować do angielskiego sądu najwyższego (ławy sędziowskiej Izby Lordów), choć nadal nie zgadzali się na operację. Podpisali umowę z mediami na wywiad, pieniądze miały być przeznaczone na fundusz opieki medycznej nad Jodie, która po rozdzieleniu będzie musiała przejść jeszcze kilka lub kilkanaście operacji. W nocy z 6 na 7.11.2000 r. przeprowadzono operację rozdzielenia siostr¹. Do przypadku tego jeszcze wrócimy, by pokazać, do jakich decyzji (niekoniecznie sprzecznych) mogą prowadzić obie etyki – ta tradycyjna, posługująca się koncepcją świętości oraz nienaruszalności ludzkiego życia, i ta „nowa” etyka odwołująca się do jakości życia.

¹ T. Jagodziński: *Szeroka zasłona anonimowości*. „Tygodnik Powszechny” 2000, nr 38 (2671); M. Rybarczyk: *Mary umrze, by żyła Jodie*. „Gazeta Wyborcza” z 7.11.2000. Jodie przeżyła, ale w ciągu najbliższych lat czeka ją operacja nóg, rekonstrukcja układu moczowego, odbytu i narządów rodnych. „Przestała być zrosłaczką skazaną na śmierć, zaczęła – składać o marnej jakości życia”, jak uznaje Barbara Pietkiewicz: *Razem i osobno*. „Polityka” 2003, nr 29.

Etyka świętości życia

Tradycyjna, silnie związana z przekonaniami religijnymi, etyka świętości życia zakłada, że tylko ludzkie życie jest wartościowe bezwzględnie i dlatego jest nietykalne, nienaruszalne. Chrześcijaństwo, judaizm, islam zgodnie utrzymują, że życie ludzkie jest darem Bożym – człowiek nie jest tu właścicielem, lecz depozytariuszem, a jego stosunek do życia własnego czy cudzego musi być wyznaczony przez sam akt stworzenia oraz relację człowieka do Boga.

Ludzkie prawo do życia rozumiane jest tu jako obowiązek życia – nie można tak ingerować w cielesne życie człowieka od poczęcia aż do naturalnej śmierci, by ludzkie życie świadomie skracać (wykluczone i jednoznacznie potępione są: samobójstwo, zabójstwo, eutanazja, aborcja). Przyjmuje się wprawdzie wyjątki w normie „nie zabijaj” (zabójstwo agresora w obronie własnego życia, zabójstwo w wojnie sprawiedliwej, legalnie wykonana kara śmierci), utrzymuje się jednak, że norma ta ma nadal charakter absolutny².

Najpełniej i najmocniej, przynajmniej w kulturze euroamerykańskiej, etyka świętości życia jest eksponowana w personalizmie chrześcijańskim, dokładniej mówiąc, w katolickiej jego odmianie³.

We współczesnym nauczaniu Kościoła problematyka życia ludzkiego jest związana z programem „nowej ewangelizacji”⁴, którą Kościół uzasadnia postępującą dechrystianizacją i sekularyzacją współczesnego świata (wśród zagrożeń chrześcijaństwa umieszcza się: ateizm, indywidualizm, subiektywizm, relatywizm, liberalizm, permissywizm, konsumpcjonizm, hedonizm, nihilizm, nowe formy religijności bez Boga, patologie społeczne). Nowa ewangelizacja jest nie tylko teologicznym wykładem wiary chrześcijańskiej, ale również programem społecznym, etycznym, za pomocą którego Kościół ma spełnić misję „budowania lepszego świata i autentycznej kultury na wartościach ewangelicznych”⁵.

² T. Ślipko: *Granice życia. Dylematy współczesnej bioetyki*. Warszawa 1988, s. 357.

³ Protestantyzm, choć także przyjmuje świętość życia ludzkiego, jest skłonny nadawać etyce sytuacyjny charakter. W efekcie rozstrzygnięcia tu proponowane przypominają raczej etykę jakości życia. Por. P. Ramsey: *Pacjent jest osobą*. Warszawa 1977, s. 13–14; J. Fletcher: *Morals and Medicine*. [Princeton University Press] 1979; *Medycyna a prawa człowieka. Normy i zasady prawa międzynarodowego, etyki oraz moralności katolickiej, protestanckiej, żydowskiej, muzułmańskiej i buddyjskiej*. Przeł. I. Kaczyńska. Warszawa 1996.

⁴ J. Dębowski: *Życie ludzkie w ujęciu Katechizmu Kościoła katolickiego*. W: *Życie jako wartość w różnych kulturach świata*. Red. H. Cyrzan. Gdańsk 1997, s. 105.

⁵ Ibidem, s. 106.

Personalistyczna i sakralna koncepcja godności osoby ludzkiej ma charakter teologiczny, świętość życia ludzkiego ma wynikać ze stwórczego działania Boga i z tego, że życie ludzkie pozostaje w specjalnej relacji do Boga. Bóg jest panem życia człowieka od początku aż do końca. „Nikt, w żadnej sytuacji, nie może rościć sobie prawa do bezpośredniego zniszczenia niewinnej istoty ludzkiej.”⁶

Godność życia ludzkiego jest tożsama z jego świętością – źródłem godności i świętości jest Bóg, który stworzył człowieka „na swój obraz i podobieństwo”. Człowiek, jak się podkreśla, „jest na ziemi jedynym stworzeniem, które »Bóg chciał dla niego samego«”⁷. „Godność człowieka w sensie ontycznym jest fundamentalnym przymiotem wszystkich ludzi – człowiek jest zawsze osobą, niezależnie od jakichkolwiek zewnętrznych uwarunkowań [...] Godnością tą cieszy się człowiek przez sam fakt przynależności do rodzaju ludzkiego.”⁸

W takim ujęciu godność i wymiar osobowy przysługuje człowiekowi w każdym momencie jego biologicznego życia: rozróżnienie między życiem osoby a życiem ludzkim nie ma tu żadnego sensu ani uzasadnienia. Kategoria świętości życia ma wymiar religijny i etyczny, ale ten drugi ma wynikać z pierwszego. Aspekt religijny uzasadnia oraz wyjaśnia szczególną, bezwzględną wartość życia ludzkiego, tym samym implikuje imperatyw etyczny nietykalności, poszanowania, ochrony ludzkiego życia.

W bioetyce personalistyczno-ontologicznej pojawia się także pojęcie jakości życia, ale jest ono podporządkowane pojmowaniu świętości życia. Jakość życia oznacza tu poziomy życia ludzkiego:

- poziom życia biologicznego, przemijającego, doczesnego,
- poziom życia psychiczno-duchowego,
- poziom życia nadprzyrodzonego, wiecznego.

„Specyfiką człowieka jest to, że te trzy poziomy życia wzajemnie się przenikają i warunkują [...] Ostatecznym przeznaczeniem człowieka jest życie wieczne, które uświęca życie biologiczne i nie utożsamiając się z nim, czyni je nietykalnym, *sacrum*. [...] Kościół broni życia każdego człowieka, nie stawiając mu przy tym żadnych warunków, co do jego jakości psychicznej czy fizycznej.”⁹

Ochrona życia ludzkiego i poszanowanie godności człowieka obejmuje zarówno obronę przed agresorem (stosowanie środków przymusu, stosowanie kar), jak i bezwzględny zakaz zabójstwa bezpośredniego oraz zamierzonego, bezkompromisowe potępienie aborcji, zakaz stosowania sztucznych

⁶ *Katechizm Kościoła katolickiego*. Poznań 1994, 2258a.

⁷ „*Donum vitae*”. *Instrukcja o szacunku dla rodzącego się życia ludzkiego i godności jego przekazywania*. Wrocław 1994, s. 5.

⁸ R. Otowicz: *Etyka życia*. Kraków 1998, s. 126.

⁹ *Ibidem*, s. 142, 273.

środków antykoncepcyjnych, potępienie sztucznej prokreacji czy eksperymentów na embrionach (w tym także eugenicznych). Diagnostyka prenatalna jest dopuszczalna, o ile nie będzie podstawą do decyzji proaborcyjnej. Eutanazja, rozumiana jako świadome zabicie osób chorych, umierających, upośledzonych, jest potępiona jako zbrodnia (niezależnie od motywów, intencji działającego i woli chorego). Nawet w razie nieuchronności śmierci nie można przerwać opieki i stosowania zabiegów. Rezygnacja ze środków nadzwyczajnych nie jest traktowana jako samobójstwo czy eutanazja, lecz jako akceptacja nieuchronności śmierci. Opieka paliatywna, łagodzenie bólu jest zalecane pod warunkiem, że chory powinien mieć prawo do rezygnacji z takiej terapii, gdy obawia się, że mogłaby ona przeszkodzić mu w spełnianiu jego obowiązków moralnych czy religijnych¹⁰.

Doktryna świętości życia (i płynące z niej konsekwencje dla praktyki społecznej i medycznej) uznawana jest przez Kościół za istotny element „kulturowej przemiany współczesnego człowieka, który, przewyższając ideologicznie i utylitarystycznie lansowany model »kultury śmierci«, opowie się za »kulturą życia«”¹¹ oraz ustanowi prymat etyki nad techniką. Zarzuty kierowane pod adresem bioetyki laickiej (szczególnie w wersji utylitarystycznej) są poważne – obciąża się ją winą za zepsucie współczesnego świata, uważa się, że doprowadzi ona do dehumanizacji medycyny, pogardy dla życia ludzkiego, sprowadzenia go wyłącznie do wartości instrumentalnych. Proponowane i stosowane w bioetyce laickiej (utyliarystycznej i kontraktalistycznej) dochodzenie do kompromisu w sprawach etycznych prowadzi do wypaczenia sensu demokracji, jest to demokracja pozorna, bez wartości¹².

Spór między rzecznikami etyki świętości życia a przedstawicielami etyki jakości życia dotyczy, jak sądzę, nie tylko samego pojmowania życia ludzkiego, sposobu uzasadniania jego wartości (bezwzględnej czy względnej), lecz jest to starcie się różnych wizji świata, człowieka i kształtu cywilizacji.

W etyce świętości życia termin „świętość” ma religijny sens. Choć możliwe jest inne uzasadnienie świętości życia ludzkiego, np. biologiczne, przez odwołanie się do odpowiedniej interpretacji celu ewolucji przyrodniczej, czy też przyjęcie tego założenia bez żadnego uzasadnienia (na zasadzie przywiązania do własnego gatunku – postawy nazywanej egoizmem gatunkowym), to w tych wypadkach raczej mówi się o wyjątkowości człowieka, jego wyższości nad innymi istotami żywymi oraz nieporównywalnie większej wartości życia człowieka w porównaniu z życiem zwierząt i roślin.

¹⁰ J. Dębowski: *Życie ludzkie...*, s. 118.

¹¹ R. Otowicz: *Etyka życia...*, s. 77, 118.

¹² Ibidem, s. 53–62; Z. Chłap: *Medycyna życia i medycyna śmierci*. W: *Medycyna i teologia o życiu i śmierci*. Kraków 1997.

Idea świętości życia stała się częścią świeckiej moralności, etyki medycznej oraz prawa, i do dziś wywiera na nie swój wpływ – i to pomimo tego, że obecnie nie ma już tak powszechnej akceptacji religii ani przekonania, że moralność polega na spełnianiu woli Boga.

Jednocześnie pojawiają się wątpliwości, czy teologiczne treści związane z pojęciem świętości życia powinny być obecne w medycynie i czy współcześnie nie dokonują się takie zmiany w postawach ludzi, które muszą doprowadzić do zerwania z przekonaniem o świętości ludzkiego życia.

Etyka jakości życia

Helga Kuhse i Peter Singer od lat formułują i propagują etykę jakości życia. Jak przyznaje Singer, ich poglądy kształtowały się w ścisłej współpracy, trudno dziś wskazać, które myśli są tylko jego bądź jej udziałem. Wspólnie napisana praca oraz krytyka doktryny świętości życia, dokonana przez H. Kuhse, skłoniła Singera do ponownego rozważenia problemów dotyczących życia i śmierci¹³.

Teza wyjściowa Singera brzmi: Po prawie dwóch tysiącach lat władania umysłami i decyzjami ludzi w sprawach życia i śmierci tradycyjna etyka zachodnia uznająca świętość życia ludzkiego załamała się. Niepowodzenia etyki tradycyjnej stały się tak jaskrawe, że dalsze reformy i próby utrzymania tradycyjnego podejścia do kwestii życia ludzkiego nie mają sensu, nie doprowadzą do rozwiązania problemów uznawanych współcześnie za nierozwiązywalne ani nie zagwarantują podjęcia działań humanitarnych. Mamy obecnie historyczną szansę ukształtować etykę, „która nie musi posilkować się oczywistymi fikcjami, w jakie nikt tak naprawdę nie wierzy: etykę, która wykazuje więcej współczucia i jest bardziej zgodna z tym, co ludzie postanawiają w odniesieniu do samych siebie: etykę, która nie nawołuje do przedłużania życia wówczas, gdy jest to w oczywisty sposób bezcelowe: etykę, która mniej arbitralnie niż tradycyjna określa, co jest wiążące, a co nie”¹⁴.

Kurczone trzymanie się nakazów etyki tradycyjnej niejednokrotnie prowadzi do tragedii: widać to szczególnie na oddziałach IOM na całym świecie.

¹³ H. Kuhse: *The Sanctity-of-Life. Doctrine in Medicine*. Oxford 1987; H. Kuhse, P. Singer: *Should the Baby Live?* Oxford 1985; P. Singer: *O życiu i śmierci. Upadek etyki tradycyjnej*. Przeł. A. Alichniewicz, A. Szczęsna. Warszawa 1997.

¹⁴ P. Singer: *O życiu...*, s. 12–13.

cie. Przykładów ukazujących bezsilność tradycyjnej etyki i tragedie, do jakich ona prowadzi, jest wiele. Singer omawia wiele takich sytuacji, w tym przypadek Trishy Marshall i Marion Ploch – dwóch kobiet ciężarnych uznanych za zmarłe wskutek śmierci mózgowej, których ciała podtrzymywano przy życiu, by umożliwić narodzenie się dziecka, tragedię Tony’ego Blanda – ofiary zamieszek na stadionie Hillsborough, przypadek Baby Doe i związaną z nim działalność „Brygad Baby Doe”, losy Nancy Cruzan, Karen Quinlan, Joeya Fiori.

Jak dalece można się posunąć w korzystaniu z technicznych możliwości w medycynie? Czy śmierć mózgowa nie jest tylko wygodną fikcją, przyjętą bez sprzeciwów, dlatego że daje możliwość wykorzystania narządów do transplantacji i pozwala zaprzestać leczenia, które nikomu nie przynosi korzyści? Jak powinniśmy traktować kogoś, czyj mózg jest martwy, ale kto oddycha i czyje ciało jest ciepłe? Na te i wiele innych pytań musimy, zdaniem Singera, odpowiedzieć, by dokonać rozsądnego wyboru. Dawniej, kiedy nie było tak dużych możliwości podtrzymywania życia, np. u kobiet ciężarnych zmarłych wskutek śmierci mózgowej, noworodków anencefalicznych i z martwą korą mózgową, łatwiej było utrzymywać, iż życie ludzkie jest święte, nienaruszalne i że każda istota ludzka ma prawo do życia – takie istoty ludzkie żyły krótko i umierały. Nie musieliśmy wtedy pytać, czy życie jednych ludzi jest bardziej wartościowe od życia innych ludzi. Dzisiaj tych pytań nie unikniemy.

Jawnie praktykowane, selektywne medyczne dzieciobójstwo (chodzi o noworodki ze *spina bifida*), coraz częściej ujawniane fakty dokonania dobrowolnej eutanazji, legalizacja eutanazji w Holandii, załamanie się przekonania o wyjątkowej roli i miejscu człowieka w świecie – wszystko to świadczy, zdaniem Singera, że ludzie (w tym coraz więcej lekarzy) coraz otwarciej akceptują podejście oceniające jakość życia. Nawet w tradycyjnej etyce świętości życia, twierdzi Singer (wcześniej zauważyła to H. Kuse), przyjęty podział na środki zwyczajne i nadzwyczajne oraz rozróżnienie zabicia od przyzwolenia na śmierć jest w istocie ukrytą oceną jakości życia. Jest to jednocześnie, jego zdaniem, przejaw zakłamania zwolenników doktryny świętości życia oraz tego, że doktryna ta jest niekonsekwentna w takim stopniu, iż należy ją odrzucić.

Jak będzie wyglądała etyka jakości życia, pokazuje Singer na przykładzie niektórych przykazań starej etyki, które trzeba zmienić.

Pierwsze stare przykazanie: **Traktuj wszelkie ludzkie życie jako mające taką samą wartość**, trzeba zmienić na nowe: **Uznaj, że wartość ludzkiego życia się zmienia**. Mało kto wierzy, że życie ludzkie ma taką samą wartość. Zadają temu kłam praktyki lekarzy, opinie teologów i etyków, gdy stwierdzają, że nie trzeba robić wszystkiego dla ratowania życia. Próby utrzymania starego przykazania prowadzą do absurdów i tragedii. Trzeba

uczciwie przyznać, że życie pozbawione świadomości nie ma w ogóle żadnej wartości. Nowa etyka ocenia wartość życia, biorąc pod uwagę ewentualne cierpienia oraz ich możliwą rekompensatę. Pierwsze nowe przykazanie nakazuje nam traktować ludzi stosownie do pewnych mających etyczne znaczenie cech. Należą do nich: świadomość, zdolność do nawiązywania kontaktów fizycznych, społecznych, intelektualnych z innymi istotami, świadoma wola trwania życia i cieszenie się pewnymi przeżyciami. Inne cechy o znaczeniu etycznym mają charakter relacyjny: istnienie krewnych, którzy będą opłakiwać czyjąś śmierć, to, że dana istota zajmuje ważne miejsce w grupie i jej śmierć wywoła obawy innych o własne życie. Wszystko to ma wpływ na szacunek dla istoty ludzkiej.

Pozwoli to rozstrzygnąć kwestię, jak traktować ludzi w stanie trwale wegetatywnym, anencefaliczne noworodki. Decyzje, jak traktować takich pacjentów, nie powinny zależeć od dumnej retoryki, lecz od wzięcia pod uwagę interesów ich rodzin i partnerów życiowych. Jeśli pacjent w stanie trwale wegetatywnym powiedział wcześniej, czego chciałby w podobnych okolicznościach, to jego życzenie winno być uwzględnione. Nie można też ignorować faktu, że zasoby lecznicze są ograniczone, ani lekceważyć potrzeb innych ludzi, których życie może uratować transplantacja.

Drugie stare przykazanie: **Nigdy rozmyślnie nie pozbawiaj życia niewinnej istoty ludzkiej**, trzeba zastąpić przykazaniem: **Bierz odpowiedzialność za konsekwencje własnych decyzji**. Zamiast koncentrować się na tym, czy intencją lekarza jest skrócenie życia pacjenta i czy je skraca, usuwając sondę odżywiającą, czy przez letalną injekcję, nowe przykazanie każe zadać sobie pytanie, czy decyzja o skróceniu życia pacjenta jest słuszna. Singer przyznaje, że dopóki nie nakreśli się granic naszej odpowiedzialności, dopóty nowa etyka będzie stawiać przed nami skrajne wymagania. Jeśli jesteśmy odpowiedzialni nie tylko za to, co robimy, ale i za to, czego nie robimy, to czy nie jest moralnie niesłuszne kupowanie modnych ubrań albo jedzenie w drogich restauracjach, skoro wydane pieniądze mogłyby uratować życie kogoś umierającego z głodu? Być może wynikiem przemyślenia etyki życia i śmierci będzie poważniejsze traktowanie nieudzielenia wystarczającej pomocy tym, których bez wielkiego poświęcenia można było uratować?

Trzecie stare przykazanie: **Nigdy nie odbieraj sobie życia i staraj się przeszkodzić innym w samobójstwie**, trzeba zastąpić przykazaniem: **Szanuj pragnienie śmierci lub życia innej osoby**. Nowe przykazanie odrzuca chrześcijańskie potępienie samobójstwa i paternalizm państwa wobec obywateli. Osobę pojmuje się tu – jak to czynił Locke – jako istotę czującą i inteligentną, która może ujmować siebie myślą jako samą siebie, tzn. jako tę samą w różnych czasach i miejscach. Jedynie osoba może chcieć żyć i mieć plany na przyszłość. Oznacza to, że przerwanie życia ludzi wbrew ich własnej

woli nie jest tym samym, co przerwanie życia istot, które ludźmi nie są. Zabicie osoby wbrew jej woli jest znacznie gorsze moralnie niż zabicie istoty, która nie jest osobą (jedynie osoba ma prawo do życia).

Czwarte stare przykazanie: **Bądźcie płodni i rozmnażajcie się**, trzeba zastąpić przykazaniem: **Sprowadzaj na świat dzieci tylko wtedy, gdy są chciane**. Biblijny nakaz prokreacji być może kiedyś był słuszny i korzystny dla wielu grup. Współcześnie trudno zgodzić się z tezą, że im więcej ludzi na świecie, tym lepiej – choćby z tego powodu, że wszyscy wyrzucają odpady do wspólnego śmietnika atmosferycznego, przyczyniając się do degradacji środowiska i jej zgubnych skutków (dziura ozonowa, ocieplenie, skażenie środowiska). Nowa etyka nie potępia antykoncepcji, przerwywania ciąży (embrion nie jest osobą i nie można go skrzywdzić, argument potencjalności ma o tyle zastosowanie, o ile ktoś pragnie mieć potomstwo).

Piąte stare przykazanie: **Zawsze traktuj życie ludzkie jako cenniejsze od życia zwierząt**, trzeba zastąpić przykazaniem: **Nie dyskryminuj na podstawie przynależności do gatunku**. Ludziom miło jest myśleć o sobie jako o ulubieńcach wszechświata, a nie jako o jednym z wielu gatunków zwierzęcych. Naprawdę między nami i innymi zwierzętami, sądzi Singer, nie ma przepaści nie do przekroczenia, różnice między nami a zwierzętami są różnicami stopnia, a nie jakości. Wiele zwierząt ma podobne życie umysłowe i emocjonalne, jak ludzie umysłowo upośledzeni. Odrzucenie szowinizmu gatunkowego nie oznacza przyjęcia skrajnego egalitaryzmu gatunkowego – nie twierdzi się tu, że życie każdego gatunku ma taką samą wartość, twierdzi się tylko tyle, że przynależność do gatunku nie jest cechą moralnie znaczącą. Dlaczego gatunek nie jest cechą moralnie znaczącą? – z tych samych powodów z jakich nie jest nią rasa czy płeć. Rasista, seksista czy szowinista gatunkowy mówią to samo: granice mojej grupy wyznaczają granice większej wartości. W ciągu dziejów poszerzał się krąg istot, których interesy brano pod uwagę (od plemienia do narodu, od narodu do rasy, od rasy do gatunku). Dziś uznajemy, że niesłuszne jest, by krąg ten był węższy niż gatunek ludzki, nie zauważamy jednak, że wiele istot arbitralnie pozostawiliśmy poza jego obrębem. Pozostają istoty podobne do nas pod wieloma etycznie znaczącymi cechami – pewne zwierzęta są bardziej podobne do normalnych ludzi niż poważnie upośledzeni członkowie naszego gatunku. Pies jako istota świadoma, zdolna do odczuwania bólu i cieszenia się życiem jest bardziej podobny do nas niż do Tony'ego Blanda po tragedii na stadionie. Ludziom trudno jest porzucić przekonanie, że to, co „ludzkie”, jest czymś szczególnym. Jednak w świetle dotychczasowych badań musimy przyznać, że także inne zwierzęta mogą mieć cechy, o których sądzimy, że nadają człowiekowi prawo do życia. Musimy więc uznać, że i one mają takie samo prawo do życia jak czło-

wiek, a jeśli jakaś istota ludzka ma je w mniejszym stopniu niż zwierzę, chronienie jej życia bardziej niż życia zwierzęcia nie jest uzasadnione. Konkludując: prawo do życia nie przysługuje jedynie członkom naszego gatunku, lecz wszystkim istotom spełniającym kryteria osoby. Nie wszyscy członkowie *Homo sapiens* są osobami, nie wszystkie osoby należą do gatunku *Homo sapiens*.

Jest to dopiero wstępny szkic nowej etyki, zastrzega Singer. Potrzeba jeszcze wiele namysłu i dyskusji, by te propozycje stały się etyką, która sprawdzi się w działaniu. Już teraz widać, że propozycje etyki jakości życia lepiej służą podejmowaniu trudnych decyzji w sprawach życia i śmierci niż etyka tradycyjna: chodzi choćby o przypadki śmierci mózgowej, bezmózgowia, stanów trwale wegetatywnych, kobiet w ciąży z rozpoznaną śmiercią mózgu. Wiele kwestii trzeba przemyśleć, rozważyć, np. do jakiego momentu rozwoju płodu dopuścić aborcję, czy noworodek zasługuje na większą ochronę niż płód, czy dopuszczalne byłoby dzieciobójstwo, czy prawo do życia wiązać bardziej z kryteriami bycia osobą, czy także ze zdolnością odczuwania bólu? Pytań jest wiele, na każde można dawać odpowiedzi o różnym stopniu radykalności. Tak czy inaczej, sądzi Singer, formułowanie zasad etycznych w ramach nowej etyki w większym stopniu będzie dotyczyć traktowania nie tylko ludzi, ale i innych zwierząt (np. można być wegetarianinem z powodów moralnych i jednocześnie dopuszczać aborcję, nie można jednak bez popadania w sprzeczność i szowinizm gatunkowy odrzucić późnej aborcji ze względu na cierpienia płodu oraz nie być jednocześnie wegetarianinem). Singer zastrzega też, że odmówienie jakiegś istocie prawa do życia nie oznacza wyłączenia jej z kręgu wspólnoty moralnej – istota nie będąca osobą nie jest zainteresowana dalszym trwaniem życia jak normalna osoba, ale jest zainteresowana unikaniem bólu i doświadczaniem przyjemności płynącej z zaspokojenia pragnień.

Singer wie, że wielu ludzi odniesie się z dużym sceptycyzmem do proponowanych zmian. Jednak zmiany w poglądach na życie i śmierć są, jego zdaniem, nieuchronne. Wystarczy zmiana dwóch fundamentalnych założeń tradycyjnej etyki (założenia o świętości ludzkiego życia i założenia, że nie jesteśmy tak samo odpowiedzialni za działanie jak za brak działań), by konieczne było budowanie nowej etyki. Próby w tej mierze mogą pójść w innym kierunku, zauważa Singer. Na przykład można przyjąć, że tak samo złe jest rozmyślne pozbawienie życia człowieka, jak i powstrzymanie się od jego ratowania. Byłoby to stanowisko spójne, ale niezbyt atrakcyjne (mogłoby też prowadzić do okrucieństwa). Można też przyjąć, że każda istota zdolna do odczuwania bólu i przyjemności ma prawo do życia (odrzucimy wtedy podział na osoby i nieosoby). Zależnie od założeń etyka przybierze inny kształt. Zdaniem Singera pewne jest to, że dawna etyka pozbawiona dwóch fundamentalnych założeń nie przetrwa. „Problem

więc nie polega na tym, czy zostanie zastąpiona, lecz jaki będzie kształt nowej etyki.”¹⁵

Trzeba przyznać, że teza o upadku etyki tradycyjnej jest przez Singera konsekwentnie dowodzona i poparta wieloma przykładami. Wątpliwości może budzić rozumienie etyki tradycyjnej. Z niektórych wypowiedzi Singera wynika, że chodzi mu o etykę, w której obecne są chrześcijańskie poglądy na istnienie Boga, stworzenie świata, ostateczne cele człowieka i świata, które są podstawą zasady świętości oraz bezwzględnej wartości życia ludzkiego. Traktuje więc chrześcijaństwo i koncepcje etyczne wypracowane w ramach tej religii jak monolit – takie ujęcie jest chyba zbyt daleko idącym uproszczeniem. Czasem krytyka Singera wymierzona jest w tradycyjną etykę medyczną, pojętą jako zbiór norm etycznych, którymi powinien kierować się lekarz, a których sformułowanie przypisuje się Hipokratesowi. Tu z kolei mamy do czynienia z zawężeniem etyki świętości życia tylko do kodeksu zawodu lekarza – upadek tak rozumianej starej etyki oznaczałby konieczność sformułowania nowego kodeksu dla tej grupy zawodowej. Wydaje się, że Singer mówiąc o etyce, ma na myśli zarówno etykę pojętą jako kodeks norm etycznych lub teorię moralności (opisowo-wyjaśniającą lub wartościującą), jak i moralność (poglądy ludzi na dobro i zło, którymi kierują się w postępowaniu, czyny, jakie wykonują, oraz uzasadnienia, jakie przyjmują dla swoich decyzji i działań).

Takie pojmowanie etyki jest uzasadnione wtedy, gdy poglądy i zachowania moralne ludzi mają swój teoretyczny wyraz w systemie etycznym oraz gdy koncepcje etyczne mają wpływ na poglądy i zachowania moralne ludzi. Taka ścisła zależność między etyką a moralnością może wystąpić, ale nie jest regułą. Zmiany w moralności nie muszą powodować przebudowy koncepcji etycznych i na odwrót – sformułowanie nowej etyki nie oznacza jeszcze, że ludzie zaaprobują zalecane im normy i zastosują je w działaniu.

Istotnie, w poglądach moralnych i w etyce widać, szczególnie w czasie ostatnich lat, zmiany. Często podważa się zasadę świętości ludzkiego życia, ogranicza jej zakres wobec niektórych ludzi, rozszerza się ją także na inne istoty, czyni liczne wyjątki, coraz częściej jawnie ocenia się jakość życia. Widać to w wypowiedziach bioetyków, lekarzy i w praktyce lekarskiej, w moralności potocznej. Powody tego są różne: kłopoty z utrzymaniem tezy o jednakowej wartości życia ludzkiego związane z zastosowaniem techniki w medycynie, rozwój transplantologii, wzrost długości życia i oczekiwań, że będzie ono jakościowo wysokie, kłopoty z podziałem środków medycznych oraz wiele innych. Czy to jednak wystarczy, by upadła etyka (i moralność) tradycyjna, czy cała ta konstrukcja rzeczywiście legnie w gruzach? Być może tak, o ile jej fundamentem jest zasada świętości ludzkiego życia. Przemiany

¹⁵ Ibidem, s. 242.

w moralności są nieuniknione, ale czy będą rewolucyjne, nagłe, trudno powiedzieć.

Jednocześnie trzeba podkreślić, że zwolennicy etyki świętości życia ludzkiego nie wymarli, ich głos jest także mocny i radykalny we wnioskach, do jakich dochodzą¹⁶. Poza tym za utrzymaniem zasady świętości życia ludzkiego przemawiają względy psychologiczne. Nawet jeśli zasada ta jest często łamana, ludzie wolą wierzyć, że należy ją utrzymać. Boją się, że wprowadzenie zamiast niej zasady jakości życia może doprowadzić do nadużyć i zerwania zaufania między lekarzem a pacjentem. Kto zaręczy, że ocena jakości życia ludzkiego zostanie dokonana obiektywnie i tylko na podstawie kryteriów podmiotowości, a nie na podstawie innych kryteriów, np. miejsca człowieka w hierarchii społecznej, statusu majątkowego, zasług, wykształcenia? W tym należy upatrywać, moim zdaniem, niechęci ludzi do uznania zasady jakości życia za podstawową zasadę, która ma kierować decyzjami w sprawie życia i śmierci.

Czy propozycja Singera jest „nowa”, czy można ją uznać za „przewrót kopernikański w etyce”? Singer traktuje swoją propozycję etyki jakości życia jako przełom w myśleniu o wartości życia, przełom tak radykalny, że nie waha się nazwać go „przewrotem kopernikańskim” w etyce. Jak sądzi Halina Promieńska, „kopernikanizm” proponowanej przez Singera „nowej” etyki jest pozorny. „W historii etyki w ogóle trudno o »przewroty«, ponieważ jest ona procesem nieustającego drażenia sensu pojęć etycznych i odnajdywania coraz głębszych uwarstwień ich sensów właściwych. Jeśli zatem w ogóle można by mówić o »przewrotach« w etyce, to głównie w znaczeniu śmiałości myślenia teoretycznego, znoszącego zastane kanony dychotomizacji i dogmatycznego uskrąjniania przeciwieństw”¹⁷. Taki charakter, sądzi H. Promieńska, miały: koncepcja stoików znosząca podział na obywateli i niewolników (lub Greków i barbarzyńców), etyka miłości bliźniego znosząca relację swój – wróg i głosząca postulat miłości każdego bliźniego, etyka Kanta pogłębiająca pojęcie autonomii moralnej człowieka. Wszystkie koncepcje łączy ważna cecha: przeciwstawiały się one akceptacji tego, co społecznie i potocznie ludzie uznawali za słuszne. Propozycja Singera nie spełnia tego warunku. Stara się on „przystosować teorię etyki do bieżących potrzeb praktyki (szczególnie medycznej) – i to właśnie stanowi zasadniczy argument przeciwko nazwaniu tej propozycji »przełomem kopernikańskim w etyce«”¹⁸.

¹⁶ Ch.S. Swindoll: *Świętość życia. Temat nieunikniony*. Warszawa 1993; B.N. Nathanson: *Ręka Boga*. Warszawa – Ząbki 1997; *O świętości życia*. „Znak” 1991, nr 10.

¹⁷ H. Promieńska: *Rzeczywiste i pozorne „przewroty kopernikańskie” w etyce, czyli o bioetyce trochę dyskusyjnie*. „Archeus” 2000, T. 1, s. 24.

¹⁸ Ibidem.

Zastrzeżenia może budzić utylitaryzm Singera i konsekwencje, do jakich prowadzi. Zasadnicze kryterium moralnej oceny czynów jest utylitarystyczne – to korzystać, często sprowadzona do sumy osiągniętych przyjemności i (lub) unikanych cierpień. Zdolność doświadczenia przyjemności i cierpienia decyduje o wartości istoty żywej oraz posiadaniu interesów. Singer jest konsekwentnym utylitarystą, wegetarianinem, walczy o prawa zwierząt (zakaz hodowli przemysłowej, eksperymentów na zwierzętach, nawet użycia produktów zwierzęcych bez ich zabijania, jak mleka czy jaj; wprowadzie dopuszcza zabijanie zwierząt, ale tylko z konieczności życiowej). U Singera pojawia się teza socjobiologizmu, teza o braku różnic jakościowych między człowiekiem a zwierzętami, i związana z tym krytyka antropocentryzmu. Jak wskazuje Luc Ferry¹⁹, takie stanowisko jest antyhumanizmem, neguje kulturę jako rezultat wolności, moralność sprowadza do sumy interesów dających się wyliczyć, wobec tego nie potrafi wyjaśnić, na czym polega poświęcenie, dlaczego ludzie podporządkowują się zasadom etycznym, jak odróżnić wartości moralne od zwykłych interesów? Te słabości utylitaryzmu są widoczne w koncepcji Singera. Być może chcąc je złagodzić, Singer przyjmuje także kryteria podmiotowości jako podstawę do podejmowania decyzji o życiu i śmierci. To pozornie zbliżałoby go do koncepcji Kanta, ale nigdy nie nawiązał do niej, nie bierze pod uwagę wolności jako warunku odpowiedzialności moralnej. Kryteria podmiotowości czynią koncepcję Singera mniej spójną, nie wiadomo, czy są one ważniejsze od kryteriów utylitarystycznych, czy równorzędne, czy rzeczywiście podmiotowość ludzi jest taka sama jak zwierzęca (np. psa i zdrowego noworodka, świni i sklerotycznego starca, pawiana i pięcioletniego dziecka?) Czy w razie kolizji interesów istot żywych o podobnym stopniu podmiotowości brać pod uwagę ich zdolność do odczuwania cierpienia?

Wbrew zapewnieniom Singera, że nie jest szowinistą gatunkowym, trudno oprzeć się wrażeniu, że bliższe są mu istoty pozaludzkie (inne zwierzęta) niż ludzie, popada więc w inną stronniczość. Dobierane przez niego przykłady zdają się to potwierdzać – pisze o eutanazji, samobójstwie, użyciu ludzi do eksperymentów, natomiast przykłady uzasadnionego zabicia zwierząt są u niego rzadkie. Można wątpić, czy tak mocny atak Singera na szowinizm gatunkowy jest w ogóle potrzebny i uzasadniony. Być może ma on rację, twierdząc, że pod względem logicznym stanowisko to nie różni się niczym od rasizmu czy seksizmu. Jednak rozszerzenie wspólnoty moralnej na gatunek ludzki już wystarczy, by oceniać to stanowisko jako postępowe w porównaniu z rasizmem czy seksizmem. Poza tym Singer nie bierze pod uwagę tego, że szowinizm gatunkowy wcale nie musi wynikać ani wiązać się z przekonaniem o wyjątkowej pozycji człowieka w świecie. Równie dobrze moż-

¹⁹ L. Ferry: *Nowy ład ekologiczny. Drzewo, zwierzę i człowiek*. Warszawa 1995, s. 45–55.

na uznać to stanowisko za wynik naturalnej skłonności (upodobania?) do własnego gatunku – każdy gatunek ma do siebie szczególne upodobanie, tyle tylko, że u człowieka może być ono uświadomione. Szowinizm gatunkowy nie musi prowadzić do odmówienia ochrony moralnej i prawnej innym gatunkom. Sam Singer przyznaje, że jakaś stronniczość w etyce jest nieunikniona, nie zgadza się jednak na stronniczość gatunkową, bo w niej widzi główną przyczynę okrutnego stosunku człowieka do zwierząt.

Singer nie neguje, że ludzie są bardziej inteligentni od zwierząt, ale nie wyciąga z tego wniosku, że interesy ludzi są ważniejsze od zwierzęcych. Większa inteligencja jest tu raczej podstawą do nałożenia na ludzi większej liczby obowiązków, zwierzęta mają tylko prawa.

Jakość życia w medycynie

Pojęcie jakości życia pojawiło się po II wojnie światowej w Stanach Zjednoczonych i krajach Europy Zachodniej²⁰. Początkowo służyło ono do analiz sytuacji społeczno-ekonomicznej i określenia poziomu rozwoju cywilizacji. Obecnie w takich naukach, jak: socjologia, ekonomia, psychologia, historia, geografia pojęcie to obejmowało dobra materialne przypadające na mieszkańca. W latach sześćdziesiątych rozszerzono zakres tego pojęcia: objęto nim także wykształcenie, zakres wolności osobistej, satysfakcję z różnych sfer życia, jak również negatywne wskaźniki życia społecznego (przestępczość, alkoholizm). Jakość życia rozumie się albo jako stany pozytywne będące celem dążeń jednostek i grup, albo jako wszystkie możliwe stany bez względu na ich ocenę.

Przeniesione z nauk społecznych do medycyny pojęcie jakości życia było wyrazem nowego podejścia do człowieka chorego – obok przedłużania życia istotnym stało się, by to życie było zbliżone do obowiązujących standardów, by jak najbardziej przypominało życie aktywnych, zdrowych ludzi. W ocenie jakości życia stosuje się wskaźniki obiektywne (stan zdrowia człowieka i jego status społeczno-ekonomiczny) oraz subiektywne (satysfakcja z życia i sposób postrzegania siebie). W medycynie nie wypracowano jednej definicji jakości życia, jest ich wiele, zwykle mają charakter operacyjny, każda dziedzina medycyny (onkologia, interna, reumatologia, gerontologia, psychiatria) może definiować to pojęcie na swój użytek.

²⁰ B. Tobiasz - Adamczyk: *Jakość życia w naukach społecznych i medycynie*. „Sztuka Leczenia” 1996, nr 2.

Pomimo że pojęcie jakości życia jest wieloznaczne (zawiera treści opisowe, oceniające i preskryptywne), współczesna medycyna i polityka społeczna nie mogą się bez niego obejść.

Pojęcie to ma szerokie zastosowanie, służy ono²¹:

- badaniu zdrowotnych i pozazdrowotnych konsekwencji stanów chorobowych,
- ocenie medycznych oraz pozamedycznych efektów opieki zdrowotnej i interwencji lekarskiej,
- ustaleniu zależności między nadziejami i oczekiwaniami ludzi wobec medycyny oraz służby zdrowia a ich osobistymi doświadczeniami,
- wypracowaniu programów rehabilitacji medycznej, zawodowej, psychosocjalnej ludzi dotkniętych problemami zdrowotnymi (choroby przewlekłe),
- podjęciu decyzji, do kiedy życie ludzkie ma być podtrzymywane, przerwane (aborcja, eutanazja),
- ustaleniu, w jakich okolicznościach można powołać do istnienia lub uniemożliwić zaistnienie życia ludzkiego (antykoncepcja, sterylizacja, aborcja),
- rozstrzygnięciu, jakie kryteria usprawiedliwiają interwencje mające na celu modyfikację natury biologicznej człowieka (prokreacja medycznie wspomagana, klonowanie, eugenika),
- wypracowaniu programów polityki społecznej w zakresie ekologii, zdrowia publicznego, demografii.

Już z powyższego wyliczenia zastosowań tego pojęcia widać, że może ono służyć bardzo różnym celom, nie zawsze aprobowanym przez lekarzy i pacjentów. Poza tym tradycja hipokratejska obecna w etyce lekarskiej oraz mająca swój wyraz w licznych deklaracjach, kodeksach, przysięgach nakazuje lekarzowi traktować każde życie ludzkie (niezależnie od jego stopnia rozwoju, warunków społecznych) tak samo, jako równie cenne. Kontrowersje w medycynie i etyce medycznej wokół sądów oceniających jakość życia są nieuniknione. Dotyczy to także możliwych konsekwencji dla medycyny, praktyki lekarskiej i życia społecznego. Można pytać, czy stosowanie pojęcia jakości życia doprowadzi do relatywizacji wartości życia ludzkiego oraz odrzucenia tezy o jego świętości, czy też deklaratywnie utrzyma się założenie o świętości życia ludzkiego z jednoczesnym jawnym i niejawnym stosowaniem kryteriów jakości (medycznych, ekonomicznych, etycznych) i coraz liczniejszymi korektami samej doktryny świętości życia. Trudno mi na takie pytanie odpowiedzieć. Wydaje mi się, że bardziej prawdopodobna jest ta druga możliwość. T.L. Beauchamp i J.F. Childress²² proponując zmianę

²¹ Ibidem, s. 34 oraz W.T. Reich: *Quality of Life*. In: *Encyclopedia of Bioethics*. Ed. W.T. Reich. Vol. 2. New York 1978, s. 829–831.

²² T.L. Beauchamp, J.F. Childress: *Zasady etyki medycznej*. Przekł. W. Jacórzynski. Szczególnie rozdz. IV–VI. Warszawa 1996.

dotychczasowej praktyki w sprawach środków podtrzymujących życie, tak interpretują zasady etyki medycznej (nieszkodzenia, dobroczynności, autonomii i sprawiedliwości), by liczyły się one z jakością życia. Przyznają jednak, że pojęcie jakości życia jest niejasne i trzeba je poddać ostrożnej analizie. Nie zgadzają się z Paulem Ramseyem, by odrzucić moralną treść tego zwrotu, a przyjąć interpretację medyczną. Ich zdaniem względy medyczne splecione są z kryteriami moralnymi – ustalenie, jakie środki medyczne są wskazane, jaka forma leczenia przyniesie korzyść pacjentowi, jest niemożliwe, jeśli nie ma się kryteriów dobrego życia i jeśli nie uwzględnia się zmiany poziomu jakości życia po zastosowaniu danej terapii. Uważają, że wyważona koncepcja jakości życia (odwołująca się do autonomii kompetentnych pacjentów, sprawiedliwości i korzyści) może określić, jakie środki medyczne są obowiązkowe, a jakie nieobowiązkowe. Kierowanie się jakością życia wcale nie oznacza utraty szacunku dla życia ludzkiego i nie musi grozić zalegalizowaniem niekontrolowanej eutanazji dobrowolnej i niedobrowolnej – sądzą autorzy. Obecne w polityce społecznej i medycynie metody oceny wartości ludzkiego życia oparte na analizach ekonomicznych oraz mierzeniu jakości życia mogą, jak przyznają autorzy, prowadzić do niepożądanych konsekwencji. Na liście zarzutów wobec metod oceny wartości i jakości życia umieszcza się najczęściej następujące kwestie:

- Eksperti dokonujący analiz kosztów ze względu na korzyści, efektywność, czy też obliczający ryzyko ze względu na korzyści (chodzi o ustalenie priorytetów w ochronie zdrowia, zastosowaniu techniki medycznej) mogą być stronniczy – analizy takie mają elitarny, antydemokratyczny charakter, służą interesom wąskich grup społecznych.
- Kryterium lat życia o ustalonej jakości opiera się na subiektywnym rachunku użyteczności, przedkłada się tu długość życia nad liczbę indywidualnych istnień.
- Techniki pomiaru przywiązują zbyt wielką wagę do wartości ilościowych, a za mało do nieilościowych, takich jak uśmierzenie bólu i cierpienia, np. z punktu widzenia analizy ekonomicznej utrzymanie hospicjów jest nieefektywne i niekorzystne, bo analiza taka nie uwzględnia niewymiernych korzyści, takich jak umieranie z godnością czy złagodzenie cierpień.
- Metody analityczne mogą przyczynić się do znieczulicy, zaniku uczuć moralnych, stopienia wrażliwości. Operowanie językiem ekonomicznym może doprowadzić do zerwania tradycyjnych relacji między lekarzem i pacjentem.

Beauchamp i Childress są umiarkowanymi optymistami – nie lekceważą możliwych zagrożeń, mają nadzieję, że zagrożenia te nie muszą przybierać katastroficznych rozmiarów. Techniki formalne, podkreślają, muszą mieć swoje granice określone przez zasadę autonomii, dobroczynności i sprawiedliwości.

Wnioski

Koniec wieku i tysiąclecia sprzyjają refleksji – chcemy ocenić to, co było i jest, oraz ustalić prognozę na przyszłość. Mamy wrażenie, że coś się kończy i coś może się zacząć. Lęk przed tym, co przyniesie przyszłość, jest uzasadniony, tym bardziej że mamy coraz większą świadomość, iż gatunek ludzki może unicestwić sam siebie i planetę. Poszukiwanie imperatywów, które wskażą ogólne cele i będą podstawą ustalenia szczegółowych norm postępowania, wydaje się niezbędne²³. Oprócz imperatywu ekologicznego, technologicznego i ekonomicznego potrzebna jest orientacja w tym, jak zachować szacunek dla życia (nie tylko ludzkiego).

Przegląd stanowisk wobec wartości ludzkiego życia skłania mnie do wypowiedzenia kilku тез.

1. Oba stanowiska wobec życia ludzkiego wychodzą od różnych założeń – nawet jeśli posługują się podobnymi terminami, te ostatnie mają odmienną treść. Porozumienia między tymi stanowiskami być nie może – kompromis jest tu nieosiągalny. W tym sensie oba stanowiska toczą ze sobą walkę. Oba też istnieją od dawna, ale dopiero współcześnie konkurują ze sobą – w starożytności tylko Pitagorejczycy przyjmowali tezę o świętości życia (nie tylko ludzkiego), w filozofii starożytnej raczej uzależniano wartość ludzkiego życia od jego poziomu i sensu, który człowiek sam określał bądź odczytał.

2. Zarzuty kierowane wobec przeciwników są poważne – obie strony zarzucają przeciwnikom złe intencje, przyczynianie się do dehumanizacji medycyny i życia społecznego, obojętność wobec cierpienia oraz nieszczęścia ludzkiego, naruszanie ładu moralnego czy obyczajowego. Obie strony przedstawiają siebie jako obrońców człowieka.

3. Tendencja do przedkładania życia ludzkiego nad inne formy życia nie tak szybko zniknie, jak by oczekiwali zwolennicy jakości życia. Jest to tradycja, z którą tak łatwo się nie zrywa. Poza tym ludzie wolą zakładać, że każde życie ludzkie jest tak samo cenne ze względów bezpieczeństwa osobistego. Względy religijne czy laicki antropocentryzm (przybierający czasem postać szowinizmu gatunkowego) także odgrywają tu istotną rolę. Wprawdzie doktryna świętości ludzkiego życia nigdy nie przeszkadzała głoszącym ją zabijać innych ludzi – tych uznanych za winnych czy też zaliczanych do obcych, ale boimy się, że otwarte zerwanie z tezą o wyjątkowości, nienaruszalności ludzkiego życia może w końcu doprowadzić do

²³ Z. Szawarski: *Najgroźniejsze zwierzę. Czy zniszczymy Ziemię i siebie?* „Polityka” 2000, nr 14.

stosowania wyłącznie pragmatycznych, ideologicznych, ekonomicznych kryteriów jakości życia (argument równi pochyłej wielu ludzi napawa przeżeniem).

4. Stosunek do ludzkiego życia jest niejednolity – wbrew oczekiwaniom zarówno zwolenników świętości życia, jak i zwolenników jakości życia (obie strony chciałyby, aby ludzkość osiągnęła tu jednolitość oraz konsekwencję). W sytuacjach zwyczajnych, normalnych, na co dzień (o ile nie jesteśmy radykalnymi ekologami) milcząco przyjmujemy, że życie ludzkie jest cenne (nawet święte). Zgadzam się tu ze Zbigniewem Szawarskim²⁴ – nikt nie kwestionuje, że życie ludzkie ma wartość – spór dotyczy tego, jakie życie oraz ze względu na jakie cechy ma wartość. W sytuacjach dylematycznych, tragicznych, gdy nie możemy taką samą ochroną objąć wszystkich, gdy musimy rozstrzygać konflikt dóbr i interesów ludzi w różnym stadium istnienia, gdy w końcu ratowanie jednego człowieka wiąże się z zabiciem lub przyzwoleniem na śmierć drugiego, nasza pewność znika. Wtedy zwykle kierujemy się takimi czy innymi kryteriami jakości życia. W medycynie stosowanie kryteriów jakości życia jest często wymuszone i niezbędne w sytuacji żądań sprawiedliwego podziału ograniczonych środków medycznych. Można zaryzykować twierdzenie, iż dokonujące się współcześnie procesy: wzrost społecznych oczekiwań wobec medycyny i służby zdrowia, poszerzanie praw obywateli do ochrony zdrowia, wzrost indywidualizmu i autonomii jednostek w sprawach życia, dokonują się szybciej niż możliwości ich zaspokojenia, i że jest to powód, dla którego zagadnienie jakości życia jest coraz wyraźniej eksponowane oraz coraz częściej przeciwstawia się go doktrynie świętości ludzkiego życia.

5. Coraz większym i wyraźniej eksponowanym problemem jest to, czy w medycynie ma obowiązywać założenie o świętości życia ludzkiego, czy też jego jakości. Jeśli świętość życia będzie tylko pustą deklaracją – to po co ją utrzymywać. Jest to anachroniczne, prowadzi do wielu ludzkich tragedii i niepotrzebnego cierpienia – głoszą rzecznicy etyki jakości życia.

Jest to konieczne, głoszą rzecznicy świętości życia, bo jest to prawda absolutna, a stosowanie się do niej jest obowiązkiem człowieka. Trzeba przyznać, że sytuacja zwolenników świętości życia jest lepsza o tyle, że uważając siebie za reprezentantów prawdy absolutnej, bezdyskusyjnej, z góry wykluczają możliwość rzeczowej dyskusji z przedstawicielami relatywistycznej etyki jakości życia. Z drugiej strony, jeśli rozważamy wpływ obu etyk na postawy ludzi, to etyka jakości życia ma tu pewną przewagę – wielu wierzących nie zgadza się na konsekwencje religijnej interpretacji świętości ludzkiego życia i nie stosuje się do nakazów bezwzględnej ochrony życia

²⁴ Z. Szawarski: *Wartość życia*. W: *W kręgu życia i śmierci*. Red. Z. Szawarski. Warszawa 1987, s. 76–80.

poczętego, zakazu sztucznej antykoncepcji czy zakazu sztucznej prokreacji. W sferze zachowań seksualnych, prokreacyjnych ludzie chętniej przyjmują argumentację etyki jakości życia. Coraz częściej zdarza się to w sytuacji cierpienia i śmierci.

6. Abstrahując od kwestii jednoznacznego powiązania obu stanowisk z założeniami o charakterze religijnym czy świeckim, oba stanowiska mogą prowadzić do różnych rozstrzygnięć, decyzji, ale mogą też wieść do podobnych decyzji. Przykładem może być przypadek Jodie i Mary: Czy należy rozdzielać bliźnięta syjamskie i jak uzasadnić taką czy inną odpowiedź?²⁵ Posługując się koncepcją świętości życia, równie dobrze możemy uzasadnić (za pomocą zasady podwójnego skutku), że należy ratować jedną z sióstr, możemy też twierdzić, iż nie należy podejmować interwencji chirurgicznego rozdzielenia, bo w ten sposób skazujemy na śmierć jedną z sióstr, a przecież obie mają takie samo prawo żyć, życie obu jest tak samo nietykalne, cenne. Etyka jakości życia może uzasadniać, iż należy ratować to dziecko, które ma większe szanse przeżycia na odpowiednim poziomie (wiadomo, że bez rozdzielenia obie umrą), lub że należy zaniechać interwencji i obu pozwolić umrzeć, bo nawet w razie przeżycia operacji jakość życia będzie niska – będzie to życie nieustannie zagrożone, pełne cierpienia.

7. Niepokoje związane z zastosowaniem w medycynie etyki świętości życia bądź etyki jakości życia można przedstawić w postaci skłonności obu stanowisk:

- Etyka jakości życia raczej przyzwala (i czyni to chętniej) na działania – nowe eksperymenty, choć i tu etycy starają się wskazać granice, poza które nie należy wykraczać (ze względu na autonomię jednostki, dobro pacjenta, interes społeczny). Istnieje tu groźba kierowania się jedynie możliwościami technologicznymi i zapotrzebowaniem społecznym.
- Etyka świętości życia ma skłonność do ograniczenia i zakazu – obszar działań zakazanych jest znacznie większy (aborcja, eutanazja, pomoc w samobójstwie, eksperymenty na embrionach, sztuczna prokreacja). Istnieje tu groźba ograniczania postępu w medycynie oraz ograniczania praw jednostki.

8. Istnienie i rywalizacja obu stanowisk mogą być korzystne; konkurując ze sobą i wpływając na normowanie praktyki medycznej, mogą się wzajemnie kontrolować: etyka jakości życia będzie pilnowała, by etyka świętości życia nie stawiała ludziom zbyt wygórowanych, nierealnych wymagań ani nie ograniczała istniejących już praw autonomii jednostki, z kolei etyka świętości życia będzie walczyła o to, by nie wszystko, co

²⁵ P. Bortkiewicz: *Zabić, by ratować życie?* „Tygodnik Powszechny” 2000, nr 38 (2671); J. Filek: *Obrona grzechu uczciwego*, ibidem; T. Jagodziński: *Szeroka zastłona anonimowości*, ibidem; J. Hołowska: *Półtora dziecka*. „Polityka” 2000, nr 37.

przychodzi ludziom do głowy i co jest technicznie możliwe do wykonania, było realizowane.

Na początku XXI wieku i trzeciego tysiąclecia nie wierzymy tak mocno, jak to było dawniej, że świat na pewno będzie lepszy; wciąż jednak mamy nadzieję, iż nie musi być gorszy i że mamy wpływ na to, by w przyszłości warto było w nim żyć.

Zakończenie

Postęp naukowy, techniczny, cywilizacyjny jest tak szybki, że materiał faktograficzny należałoby nieustannie uzupełniać. Być może niektóre problemy znikną lub zostaną zminimalizowane, np. kwestia niedostatku organów do transplantacji oraz zastrzeżenia etyczne związane z ich pobieraniem od dawców zmarłych i żywych, gdy będzie możliwa hodowla organów „na zamówienie” z komórek macierzystych dla konkretnego biorcy. Mogą też pojawić się nowe, o których jeszcze nie mamy pojęcia. Są jednak kwestie, których nie rozwiąże postęp cywilizacji – godność, autonomia, skala wartości, nadające sens życiu – i które, mam nadzieję, zawsze będą w kręgu zainteresowań etycznych.

Problem wartości i jakości życia, jak starałam się pokazać, jest obecny w wielu sporach bioetycznych w sposób jawny lub ukryty. Wartość życia jest rozumiana bądź jako bezwzględna, absolutna, niezależna od człowieka (świętość), bądź jako względna, warunkowa, zależna od wystąpienia cech, których życie biologiczne jest tylko warunkiem, i wtedy nazywana bywa jakością życia. Do jakości życia, którą trudno zmierzyć obiektywnymi (tylko medycznymi) wskaźnikami, włącza się poziom życia biologicznego, warunkujący cenne predyspozycje psychiczne człowieka pozwalające mówić o osobie, i takie istnienie, które jest wolne od bezsensownego (niekorzystnego) cierpienia. Posługujący się pojęciem świętości życia, uważają, że jego wartość (zawsze pozytywna) jest niezależna od jego jakości. Nie zawsze są tu konsekwentni, bo niekiedy stosują kryteria jakości w sposób ukryty, np. w podziale środków medycznych na zwyczajne i nadzwyczajne, odróżniając zabicie od zaniechania terapii czy przyzwolenia na śmierć. Z kolei zwolennicy jakości życia nie negują, że ma ono wartość (pozytywną lub negatywną), ale uzależniają ją od jego jakości. Można też stwierdzić, że posługiwanie się pojęciami wartości i jakości życia jest często nieprecyzyj-

ne, czasem nawet stosuje się je bez żadnych wyjaśnień. R. Tokarczyk¹ uznaje, że między koncepcją świętości życia a koncepcją jakości życia rysuje się antynomia, której nie można przezwyciężyć. Ta pierwsza, typowa dla religijnych systemów (zwłaszcza katolicyzmu) domaga się objęcia ochroną moralną i prawną całego życia ludzkiego (od poczęcia do naturalnej śmierci), cechuje ją rygoryzm. Świecka koncepcja jakości życia także podtrzymuje zakaz zabijania, ale zakres ochrony ludzkiego życia jest mniejszy i nie tak rygorystyczny, dopuszcza się tu wiele wyjątków.

Teza R. Tokarczyka wydaje się słuszna. Rzeczywiście w sporach bioetycznych walczą ze sobą przedstawiciele tych dwóch koncepcji i nic nie wskazuje na to, by mogli osiągnąć porozumienie w jakichkolwiek kwestiach. Jednak, nawiązując do tezy L. Ferry'ego, można powiedzieć, że jeśli rzecznicy tych dwóch koncepcji nie trzymają się kurczowo założeń metafizycznych, potrafią w efekcie dochodzić do podobnych ustaleń. Tu pojawia się kwestia podstaw bioetyki² – czy ma ona być uprawiana jako wielka metafizyka, czy raczej ma mieć antymetafizyczny charakter. Za tym drugim przemawia to, że od początku swego istnienia miała ona dostarczać wskazówek, jakie regulacje etyczne i prawne należy podjąć w delikatnej materii ingerencji w życie ludzkie (np. aborcja, eutanazja, eksperymenty), a dyskurs bioetyczny z konieczności nie jest czystym dyskursem etycznym, filozoficznym, lecz hybrydą zawierającą także refleksję prawną, socjologiczną, psychologiczną. Jeśli uwzględnimy, iż bioetyka od początku była refleksją (nie tylko etyczną) nad współczesnymi problemami oraz próbą znalezienia jakiegoś rozwiązania, podjęcia decyzji, i że warunki, w jakich powstała ta dyscyplina, zaważyły na jej charakterze, to możemy uznać, że doraźność, kazuistyka, pluralizm, dążenie do kompromisu jest cechą istotną bioetyki. Dokładniej rzecz ujmując, w bioetyce widzę dwie tendencje, dwa style uprawiania refleksji bioetycznej³:

1. Bioetyka rozumiana jako racjonalny spór o wybór najlepszych w danych warunkach rozwiązań problemu. Taka bioetyka to wytwór społeczeństwa demokratycznego, jest ona zbieżna z pragmatycznym wzorcem filozofii (bioetyka to wiedza użyteczna). Wielkiej teorii etycznej, metafizycznej czy metodologicznej tu nie ma i raczej nie będzie – dla pragmatycznego uzasadniania sądów swoisty jest pluralizm założeń, jeśli bioetycy sięgają do tradycji filozoficznej, to jest to kontakt z etyką, a nie metafizyką. Kwestii

¹ R. Tokarczyk: *Prawa narodzin, życia i śmierci*. Kraków 1997, s. 21.

² Problem ten podejmowałam w artykule: *Bioetyka w poszukiwaniu teorii wielkiego zasięgu*. „Archeus” 2000, T. 1.

³ Ciekawe uwagi o filozofii i bioetyce wypowiadają J. Stanisławek: *Czym jest filozofia?* „Edukacja Filozoficzna” 1999, T. 27; J. Hartman: *Metafizyczna czy pragmatyczna podstawa dla rozstrzygania problemów bioetycznych?*, ibidem.

metafizycznych się nie podejmuje, bo bioetycy nie są do tego przygotowani ani tego nie chcą (metafizykę programowo odrzucają choćby dlatego, że obce są jej praktyczne zastosowania). Od wypracowania jakiejś metodologii nie odżegnują się, ale nie jest to dla nich najważniejsze.

2. Bioetyka rozumiana jako racjonalna metoda dochodzenia do prawd absolutnych jest związana z teoretycznym (spekulatywnym) wzorem filozofii. Sama wiedza jest tu najważniejsza. Zakłada się tu, że teoria metafizyczna jednoznacznie wskazuje, jakie normy praktyczne należy przyjąć i bezdyskusyjnie się do nich stosować.

Z tego powodu, że w bioetyce ścierają się te dwie tendencje, jest ona niejako skazana na oscylowanie to w stronę doraźności i kazuistyki, to w stronę dogmatyki i bezwzględności. Czy można te dwie tendencje pogodzić np. poprzez sformułowanie ogólnej metodologii? Uważam, iż nie jest to możliwe. Przekonuje mnie argumentacja Jana Hartmana⁴, który wskazuje, że istnieje różnica między spekulatywnym oraz pragmatycznym sposobem stawiania zagadnień. Wielka filozofia spekulatywna prowadzi wprawdzie do pełnych treści pojęć, ale nie dają one jednoznacznych wskazówek, jak je zastosować w sferze praktycznej. Autor ukazuje to na przykładzie trzech zagadnień: eutanazji, praw zwierząt, odpowiedzialności państwa za zdrowie narodu. Płaszczyzna ściśle filozoficzna i prawno-pragmatyczna są nieprzystawalne, co widać, gdy przyjrzymy się zasadniczym dylematom typowym dla każdej z nich. I tak, przykładowo, dla zagadnienia eutanazji jednym z dylematów płaszczyzny spekulatywnej jest dylemat wolności jednostki i jej obowiązków wobec Boga; w sferze pragmatycznej główny dylemat dotyczy tego, czy państwo powinno (i jak – restrykcyjnie czy liberalnie) regulować tę kwestię oraz jak określić różnicę między eutanazją a pomocą w samobójstwie czy rezygnacją z uporczywej terapii. Ponadto, sądzi Hartman, można wskazać arbitralność obecną w każdej z tych sfer. Jeśli Bóg istnieje i żąda wyłączności w dysponowaniu ludzkim życiem i śmiercią, to nie mamy prawa do podejmowania decyzji w kwestii początku oraz końca życia ludzkiego. Ale czy istnieje i czy stawia nam takie wymagania? – to kwestia wiary lub niewiary w istnienie Boga i sens Objawienia. Z kolei w sferze pragmatycznej istnieje arbitralność kryteriologicznie skutecznych definicji pewnych zachowań (eutanazji, pomocy w samobójstwie, terapii paliatywnej) – to, które kryteria przyjmiemy jako istotne, jest dyktowane w jakiejś mierze względami pozalogicznymi (np. intuicją, przekonaniami, których nie możemy uzasadnić). Czy dałoby się pogodzić ze sobą obie sfery przez przeniesienie problemów na jakąś wspólną płaszczyznę metodologiczną? Na to pytanie Hartman odpowiada przecząco. Sądzi, że nie ma żadnej metodologii po-

⁴ J. Hartman: *Metafizyczna czy pragmatyczna...*, s. 65–72.

stępowania, która by ową arbitralność usuwała. Każde przejście z płaszczyzny ściśle filozoficznej na płaszczyznę praktycznej i politycznie przydatnej bioetyki będzie związane z wyborem „pewnego apodyktycznego autorytetu intelektualnego i jako takie oznacza ideologizowanie dyskusji praktyczno-prawnej”⁵. Stąd też szanse na nawiązanie bioetyki do wielkiej tradycji filozoficznej należy uznać za iluzoryczne.

Z większym optymizmem na kwestię możliwości racjonalnego rozstrzygania sporów moralnych patrzy Richard Brandt⁶. Szansę na zbudowanie takiej etyki widzi w wypracowaniu metody kontrolowanej postawy, która musi spełniać kilka warunków, by uznać ją za słuszną: jest postawą bezstronną, uwzględnia wszystkie istotne informacje, nie jest przyjęta w „nienormalnym stanie umysłu”, kieruje się zasadami, które nie popadają w konflikt. Pozwoli to, jak sądzi Brandt, uniknąć skrajności zarówno nihilizmu, jak i rygoryzmu moralnego. Metoda ta jednak nie doprowadzi do ujednolicenia ludzkich poglądów (nie wskaże ludziom jedynej prawdy ani jedynej hierarchii wartości). Ma jednak nadzieję, że ucząc ludzi zrozumienia etyki, wskazując możliwe kryteria wyboru, wpłynie na postawy ludzi – będą oni umieli etycznie uzasadniać swoje przekonania moralne w sposób odpowiedzialny, bezstronny, racjonalny i krytyczny.

Wielka filozofia jest domeną niektórych filozofów, pozostali widzą sens w uprawianiu małej, najwyżej średniej filozofii; szans na pogodzenie tych dwóch grup nie widać, co nie znaczy, że są one zawsze skazane na niepowodzenie.

Z tym wiąże się jeszcze jedna sprawa. Po co istnieje bioetyka, skoro nie potrafi rozwiązać ważnych problemów, a dyskutujący nie mogą porozumieć się ze sobą w podstawowych kwestiach? Przecież zaprzecza to podstawowemu zadaniu, do którego została powołana. Cóż, skuteczność bioetyki nie jest wielka, jednak niekoniecznie jest to efekt jej kryzysu, bezsilności. Istniejące w niej stanowiska, toczzone spory (w formie mniej lub bardziej instytucjonalnej) wpływają niekiedy na regulacje prawne i praktykę badawczą, a także, przez popularyzację, na poglądy moralne ludzi. Gdyby ten wpływ był większy, byłoby źle – bioetycy nie są nieomylni, dyskurs bioetyków nie zastąpi sumienia oraz odpowiedzialności ludzi dokonujących wyborów i działających. Zarzuty stawiane bioetyce mają źródło w zbyt wielkich oczekiwaniach wobec tej dyscypliny bądź też są wyrazem niezgody na jeden ze sposobów jej rozumienia i uprawiania⁷.

⁵ Ibidem, s. 68.

⁶ R.B. Brandt: *Etyka. Zagadnienia etyki normatywnej i metaetyki*. Warszawa 1996.

⁷ Przykładem może być krytyka bioetyki dokonana przez B. Wolniewicza: *O tzw. bioetyce*. „Medycyna Wieku Rozwojowego” 2001, T. 5, supl. I do nr 1; Z. Zalewski: *Co po bioetyce?* „Kwartalnik Filozoficzny” 1997, T. 25, z. 2.

Jak potoczą się dalej losy cywilizacji i bioetyki? W tej kwestii można snuć domysły. Jean Bernard widzi ewolucję bioetyki następująco⁸. Pierwszy okres (lata 1990–2020) to czas niepokoju i nadziei. Niepokój jest związany z zakresem panowania medycyny oraz biologii nad życiem i śmiercią oraz w rezultacie ze zbyt wielkim przekształcaniem człowieka (prokreacja, zmiana genetycznego dziedzictwa, zmiana osobowości). Nadzieja wynika ze świadomości zagrożeń i chęci ich minimalizacji (przez próby normowań etycznych oraz prawnych). W okresie drugim (lata 2020–2060) ludzkość pozna niebezpieczne skutki niekontrolowanego rozwoju biologii, medycyny i panowania imperatywu technicznego. Słowo „etyka” zniknie, nastąpi czas rozumnej amoralności, a życie społeczne będzie kontrolowane jak w utopii Huxleya. Dopiero w trzecim okresie, po roku 2060, nastąpi odrodzenie duchowe, intelektualne i etyczne. Doceni się podstawowe wartości, powróci szacunek dla osoby, poznania, życia i śmierci. Znikną też rozbieżności między ludźmi w pojmowaniu najważniejszych spraw. Ta wizja – powie ktoś: sentymentalna i może naiwna – może się spełnić. Być może panowanie imperatywu technicznego, pomimo prób jego ograniczenia, doprowadzi do stanu rozumnej amoralności. Jeśli nawet tak będzie, trzeba mieć nadzieję, że kiedyś ludzkość zdoła osiągnąć nie tylko wiedzę, ale i mądrość o wymiarze praktycznym, pozwalającą na porozumienie w elementarnych sprawach etycznych. Poszukiwanie źródła takiej mądrości jest jednym z zadań etyki. Gdzie znaleźć jej podstawy – w naturze ludzkiej, w doświadczeniu etycznym, w moralności potocznej (jak sądzą Beauchamp i Childress), w postawie kontrolowanej równowagi (jak proponuje Brandt), w prostomyślności (propozycja J. Bańki⁹)? Tutaj zgodności nie ma, ale wszystkich łączy nadzieja, że takie poszukiwania mają sens. I chociaż opinie bioetyków często wydają się nie mieć żadnego znaczenia w konfrontacji z tzw. praktyką, robią oni to, co do nich należy – doradzają, ostrzegają, zachęcają, starają się obudzić wrażliwość na cierpienia i szacunek dla życia. „Skuteczność” bioetyki zależy od dobrej woli osiągnięcia choćby małego kompromisu. Lepsze to niż nierozstrzygalne spory o metafizyczne pryncypia, bo daje większą szansę na to, że nie znajdziemy się w stanie racjonalnej amoralności lub odgórnego dekretnowania norm moralnych.

⁸ J. Bernard: *Od biologii do etyki*. Warszawa 1994, s. 189–196.

⁹ J. Bańka: *Świat poręczenia moralnego. Medytacje o etyce prostomyślności*. Katowice 1988.

Bibliografia

- Adamkiewicz Marek: *Zagadnienie śmierci w bioetyce*. Warszawa 2002.
- Aleksandrowicz Julian, Duda Harry: *U progu medycyny jutra*. Radom 1991.
- Alichniewicz Anna, Szczesna Anna (red.): *Dylematy bioetyki*. Łódź 2001.
- Anthony Mitchel T.: *Dlaczego? Samobójstwo i inne zagrożenia wieku dorastania*. Warszawa 1994.
- Antropologia śmierci. Myśl francuska*. Przeł. i wyboru dokonali: Stanisław Cichowicz, Jakub M. Godzimirski. Warszawa 1993.
- Ariès Philippe: *Człowiek i śmierć*. Przeł. E. Bąkowska. Warszawa 1989.
- Arras John, Rhoden Nancy (eds.): *Ethical Issues in Modern Medicine*. Mayfield 1989.
- Aumonier Nicolas, Beignier Bernard, Letellier Philippe: *Eutanazja*. Przeł. Ewa Burska. Warszawa 2003.
- Bańka Józef: *Świat poręczenia moralnego. Medytacje o etyce prostomyślności*. Katowice 1988.
- Bańka Józef: *Filozofia techniki*. Katowice 1980.
- Barnard Christiaan: *Godne życie, godna śmierć. Wybitny kardiolog o eutanazji i samobójstwie*. Przeł. Jan Krzysztof Kelus. Warszawa 1996.
- Bartula Piotr: *Kara śmierci – powracający dylemat*. Kraków 1998.
- Bauman Zygmunt: *Dwa szkice o moralności ponowoczesnej*. Warszawa 1994.
- Bauman Zygmunt: *Etyka ponowoczesna*. Warszawa 1996.
- Bauman Zygmunt: *Śmierć i nieśmiertelność. O wielości strategii życia*. Warszawa 1998.
- Beauchamp Tom L., Childress James F.: *Zasady etyki medycznej*. Przeł. Witold Jancórzyński. Warszawa 1996.
- Bentham Jeremy: *Wprowadzenie do zasad moralności i prawodawstwa*. Warszawa 1958.
- Berg Przemysław: *Śmierć na życzenie*. „Wprost” 1991, nr 34.
- Bernard Jean: *Od biologii do etyki. Nowe horyzonty wiedzy, nowe obowiązki człowieka*. Przeł. Janina Anna Żelechowska. Warszawa 1994.
- Biesiaga Tadeusz (red.): *Podstawy i zastosowania bioetyki*. Kraków 2001.
- Birnbacher Dieter: *Etyczne aspekty zapobiegania i udzielania pomocy w samobójstwie*. „Etyka” 1988, nr 23.
- Birnbacher Dieter: *Etyczne zagadnienia transplantologii*. „Etyka” 1997, nr 30.
- Bischofberger Erwin: *Biologia jako pogląd na życie*. „Znak” 1996, nr 12.
- Bogusz Józef: *Chirurgia a etyka*. Warszawa 1987.

- Bołoz Wojciech: *Życie w ludzkich rękach. Podstawowe zagadnienia bioetyczne*. Warszawa 1997.
- Bonnenberg Marek: *Etyka środowiskowa*. W: *Etyka. Zarys*. Kolegium Redakcyjne, Kraków 1992.
- Bortkiewicz Paweł: *Zabić, by ratować życie?* „Tygodnik Powszechny” 2000, nr 38.
- Brach Barbara: *Paragraf stanu odmiennego*. „Życie Gospodarcze” 1991, nr 5.
- Brandt Richard, B.: *Etyka. Zagadnienia etyki normatywnej i metaetyki*. Przeł. Barbara Stanosz. Warszawa 1996.
- Bréhant Jacques: *Thanatos. Chory i lekarz w obliczu śmierci*. Przeł. Urszula Sudolska. Warszawa 1993.
- Brody Baruch A.: *Suicide and Euthanasia. Historical and Contemporary Themes*. Dordrecht–Boston–London 1989.
- Brusiło Jerzy: *Prawo do śmierci czy prawo dla śmierci?* W: *Podstawy i zastosowania bioetyki*. Red. Tadeusz Biesiaga. Kraków 2001.
- Bulger Ruth E., Heitman Elizabeth, Reiser Stanley J.: *The Ethical Dimensions of the Biological Sciences*. Cambridge 1993.
- Chadwick Ruth F. (ed.): *Ethics, Reproduction and Genetic Control*. London–New York 1987.
- Chłap Zbigniew: *Medycyna życia i medycyna śmierci*. W: *Medycyna i teologia o życiu i śmierci*. Kraków 1997.
- Chyrowicz Barbara: *Bioetyka i ryzyko. Argument „równi pochyłej” w dyskusji wokół osiągnięć współczesnej genetyki*. Lublin 2000.
- Chyrowicz Barbara (red.): *Etyczne aspekty ingerowania w ludzką psychikę*. Lublin 2002.
- Chyrowicz Barbara (red.): *Klonowanie człowieka. Fantazje – zagrożenia – nadzieje*. Lublin 1999.
- Chyrowicz Barbara: *Dylematy ucznia czarnoksiężnika*. „Znak” 1996, nr 12.
- Cichocka Elżbieta: *Dramat w toku*. „Gazeta Wyborcza” z 18.12.1992.
- Cyrzan Honorata (red.): *Życie jako wartość w kulturach świata*. Gdańsk 1997.
- Czarnik Zbigniew: *Ektogeneza – zagadnienia prawne*. „Przegląd Powszechny” 1996, nr 7/8.
- Devall Bill, Sessions George: *Ekologia głęboka. Żyć w przekonaniu, iż Natura coś znaczy*. Przeł. Elżbieta Margielewicz. Warszawa 1994.
- Dębowski Jan: *Życie ludzkie w ujęciu Katechizmu Kościoła katolickiego*. W: *Życie jako wartość w różnych kulturach świata*. Red. Honorata Cyrzan. Gdańsk 1997.
- „Donum vitae”. *Instrukcja o szacunku dla rodzącego się życia ludzkiego i godności jego przekazywania*. Wrocław 1994.
- Dyson Freeman: *Początki życia*. Warszawa 1993.
- Dyson Anthony, Harris John (eds.): *Ethics and Biotechnology*. London–New York 1994.
- Dziedzic Jan: *Eutanazja a religijność*. Kraków 1999.
- Engelhardt Tristram H.: *The Foundations of Bioethics*. New York–Oxford 1986.
- Europejskie standardy bioetyczne. Wybór materiałów*. Przeł., oprac. i wstępem opatrzył Tadeusz Jasudowicz. Toruń 1988.
- Eutanazja a opieka paliatywna. Aspekty etyczne, religijne, psychologiczne i prawne*. Lublin 1996.
- Feinberg Joel: *Obowiązki człowieka i prawa zwierząt*. „Etyka” 1980, nr 18.
- Fenigsen Ryszard: *Eutanazja. Śmierć z wyboru?* Poznań 1994.
- Ferry Luc: *Człowiek-Bóg, czyli o sensie życia*. Przeł. Andrzej i Hanna Miś. Warszawa 1998.
- Ferry Luc: *Nowy ład ekologiczny. Drzewo, zwierzę, człowiek*. Przeł. Andrzej i Hanna Miś. Warszawa 1995.

- Filek Jacek: *Obrona grzechu uczciwego*. „Tygodnik Powszechny” 2000, nr 38.
- Fletcher Joseph: *Morals and Medicine. The Moral Problems of: The Patient's Right to Know the Truth, Contraception, Artificial Insemination, Sterilization, Euthanasia*. Princeton 1979.
- Fletcher Joseph: *Eutanazja*. „Etyka” 1993, nr 26.
- Ford Norman M.: *Kiedy powstałem? Problem początku jednostki ludzkiej w historii, filozofii i w nauce*. Przeł. Wacław Jan Popowski. Warszawa 1995.
- Fritzhand Marek: *O etyce globalnej*. W: Idem: *Etyka. Pisma wybrane*. Wrocław–Warszawa–Kraków 1990.
- Fuszara Małgorzata: *Debata o aborcji a kształtowanie się sceny politycznej w Polsce po upadku komunizmu*. W: *Polityka i aborcja*. Red. Mirosław Chałubiński. Warszawa 1994.
- Gałuszka Mieczysław, Szewczyk Kazimierz (red.): *Umierać bez lęku. Wstęp do bioetyki kulturowej*. Warszawa–Łódź 1996.
- Gałuszka Mieczysław, Szewczyk Kazimierz (red.): *Narodziny i śmierć. Bioetyka kulturowa wobec stanów granicznych życia ludzkiego*. Warszawa–Łódź 2002.
- Gillon Raanan: *Etyka lekarska. Problemy filozoficzne*. Przeł. Anna Alichniewicz, Anna Szczesna. Warszawa 1997.
- Gorovitz Samuel (ed.): *Moral Problem in Medicine*. New Jersey 1976.
- Gwóźdź Władysław: *Eutanazja jako problem moralny*. „Studia Sandomierskie” 1981, nr 2.
- Hartman Jan: *Metafizyczna czy pragmatyczna podstawa dla rozstrzygania problemów bioetycznych?* „Edukacja Filozoficzna”, 1999, T. 27.
- Hillman James: *Samobójstwo a przemiana psychiczna*. Przeł. Dariusz Rogalski. Warszawa 1996.
- Hołda Zbigniew: *Ochrona praw człowieka*. Lublin 1996.
- Hołowka Jacek: *Etyka w działaniu*. Warszawa 2001.
- Hołowka Jacek: *Półtora dziecka*. „Polityka” 2000, nr 37.
- Hołyst Brunon: *Samobójstwo – przypadek czy konieczność*. Warszawa 1983.
- Humphry Derek: *Ostateczne wyjście. Praktyczne rady dla śmiertelnie chorych, jak samodzielnie lub z cudzą pomocą popelnąć samobójstwo*. Bydgoszcz 1993.
- Hurst Jane: *Historia aborcji w Kościele katolickim*. Warszawa 1991.
- Informed Consent*. Kraków 1995.
- Jacórzynski Witold R, Wichrowski Marek: *Dialog między agapistą a kodeksualistą*. „Etyka” 1993, nr 26.
- Jacórzynski Witold R.: *Joseph Fletcher i agapizm, czyli: „kochaj i rób co chcesz”*. „Etyka” 1993, nr 26.
- Jagodziński Tadeusz: *Szeroka zasłona anonimowości*. „Tygodnik Powszechny” 2000, nr 38.
- Jan Paweł II: *Evangelium vitae*. Wrocław 1995.
- Jan Paweł II: *Podarować część siebie*. „W drodze” 1997, nr 1.
- Jaroń Józef: *Bioetyka: wybrane zagadnienia*. Warszawa 1999.
- Jaroń Józef: *Ekologia, sozologia, ekofilozofia, ekoetyka, ekonomia proekologiczna. Przegląd zagadnień*. Warszawa 1997.
- Jarosza Maria: *Samobójstwa*. Warszawa 1997.
- Jasudowicz Tadeusz (opr.): *Europejskie standardy bioetyczne. Wybór materiałów*. Toruń 1998.
- Jonas Hans: *Prawo do śmierci*. „Etyka” 1988, nr 23.
- Kamiński Bogdan: *Śmierć na życzenie*. „Życie Warszawy” z 11.10.1996.
- Kant Immanuel: *Uzasadnienie metafizyki moralności*. Przeł. Roman Ingarden. Warszawa 1984.

- Kass Leon R.: *Mądrość oburzenia. Dlaczego powinniśmy zakazać klonowania człowieka*. W: *Klonowanie człowieka. Fantazje – zagrożenia – nadzieje*. Red. Barbara Chyrowicz. Lublin 2000.
- Katolo Artur J.: *ABC bioetyki*. Lublin 1997.
- Kielanowski Tadeusz: *Rozmyślenia o przemijaniu*. Warszawa 1973.
- Kielanowski Tadeusz: *Problem niepotrzebnego cierpienia. O niepotrzebnym cierpieniu rodzonym przez postępy nauk medycznych*. W: *W kręgu życia i śmierci*. Red. Zbigniew Szawarski. Warszawa 1987.
- Kis Janos: *Aborcja. Argumenty za i przeciw*. Przeł. Szczepan Woronowicz. Warszawa 1993.
- Klimowicz Ewa: *Moralne aspekty pobierania narządów do transplantacji w świetle ewolucji etyki lekarskiej*. W: *Nowoczesność i tradycja. Studia etyczne i estetyczne*. Red. Tadeusz Szkotuł. Lublin 1995.
- Klimowicz Ewa: *Problemy moralne laboratoryjnych metod prokreacji*. „Człowiek i Światopogląd” 1988, nr 5.
- Klimowicz Ewa: *Główne zagadnienia bioetyki*. W: *Etyka XX wieku*. Red. Stanisław Jedynak, Lech Gawor. T.1. Lublin 1991.
- Klimowicz Ewa: *Dwie odmiany uniwersalizmu w medycynie i etyce lekarskiej*. „Edukacja Filozoficzna” 1995, T. 19.
- Klimowicz Ewa: *Filozoficzne i etyczne podstawy poglądów na temat aborcji*. W: *Polityka i aborcja*. Red. Mirosław Chałubiński. Warszawa 1994.
- Kofta Wawrzyniec: *Podstawy inżynierii genetycznej*. Warszawa 1999.
- Kolata Gina: *Klon. Dolly była pierwsza*. Przeł. Magdalena Kawalec. Warszawa 2000.
- Kopania Jerzy, Nowacka Maria: *Śmierć organizmu a śmierć człowieka*. „Sztuka Leczenia” 1999, nr 4.
- Kopania Jerzy: *Etyczny wymiar cielesności*. Kraków 2002.
- Kopania Jerzy: *Metodologiczna charakterystyka definicji śmierci mózgowej*. „Archeus. Studia z Bioetyki i Antropologii Filozoficznej” 2000, T. 1.
- Kopania Jerzy: *Uwagi metodologiczne o etyczności klonowania człowieka*. „Sztuka Leczenia” 2001, nr 1.
- Kopania Jerzy: *Niemoralny aspekt transplantacji*. „W drodze” 1997, nr 1.
- Kopelman Loretta M.: *Pojęciowe i moralne problemy terapii daremnej i użytecznej*. W: *Dylematy bioetyki*. Red. A. Alichniewicz, A. Szczęsna. Łódź 2001.
- Koraszewski Andrzej: *W grzechu poczęci. Wiara i seks we współczesnym świecie*. Warszawa 1996.
- Kordylewski Leszek: *Problemy bioetyki*. Kraków 1996.
- Kornas Stefan: *Współczesne eksperymenty medyczne w ocenie etyki katolickiej*. Częstochowa 1986.
- Kośmicki Marek: *Eutanazja – co jeszcze warto o niej wiedzieć? Część trzecia: USA*. „Puls Solidarności” 1998, nr 3.
- Kozak Zdzisław: *Jakość życia i legalizacja eutanazji*. W: *Eutanazja a opieka paliatywna. Aspekty etyczne, religijne, psychologiczne i prawne*. Komitet Redakcyjny. Lublin 1996.
- Kübler-Ross Elisabeth: *Rozmowy o śmierci i umieraniu*. Przeł. Irena Doleżał-Nowicka. Poznań 1998.
- Kuhse Helga: *The Sanctity-of-Life Doctrine in Medicine. A Critique*. Oxford 1987.
- Kuhse Helga, Singer Peter: *Should the Baby Live?* Oxford 1985.
- Kuligowska Farida: *Śmierć na zamówienie*. „Polityka” 1996, nr 26.
- Laertios Diogenes: *Żywoty i poglądy słynnych filozofów*. Warszawa 1982.

- Lang Wiesław: *Ochrona prawna płodu ludzkiego*. W: *Człowiek zabija sam siebie*. Kolegium Redakcyjne. Gdańsk 1981.
- Lang Wiesław: *Prawo i moralność*. Warszawa 1989.
- Latawiec Anna: *Człowiek wobec postępu technicznego*. W: *Aporie sensu – emotywnizm i racjonalizm*. Red. Józef Bańka, Andrzej Kiepas. Katowice 1998.
- Latawiec Anna: *Filozofia medycyny wobec losu człowieka*. W: *Człowiek – technika – środowisko. Człowiek współczesny wobec wyzwań końca wieku*. Red. Andrzej Kiepas. Katowice 1999.
- Lazari-Pawłowska Ija: *Schweitzer*. Warszawa 1976.
- Lazari-Pawłowska Ija: *Kręgi ludzkiej wspólnoty*. „Etyka” 1980, nr 18.
- Levine Joseph, Suzuki David: *Tajemnica życia. Czy się bać inżynierii genetycznej?* Przeł. Grażyna Gasparska, Barbara Skarżyńska. Warszawa 1996.
- Liszevska Agnieszka: *Zgoda pacjenta na zabieg leczniczy*. „Państwo i Prawo” 1997, z. 1.
- Łodyński Andrzej: *Potomek na zamówienie*. „Polityka” 1994, nr 5.
- Mahoney John: *Bioetyka i wiara: początek życia*. „Znak” 1991, nr 11.
- Maroszyńska-Jeżowska Barbara: *Uwagi o swoistości wartości określonego typu czy rodzaju w kontekście filozofii medycyny*. „Kwartalnik Filozoficzny” 1997, T. 25, z. 2.
- Medycyna a prawa człowieka. Normy i zasady prawa międzynarodowego, etyki oraz moralności katolickiej, protestanckiej, żydowskiej, muzułmańskiej i buddyjskiej*. Przeł. Iwona Kaczyńska. Warszawa 1996.
- Medycyna i teologia o życiu i śmierci*. Kraków 1997.
- „Medycyna Wieku Rozwojowego” (dawniej: „Problemy Medycyny Wieku Rozwojowego”). 2001, T. 5, cz. II, supl. I do nr 1, styczeń-marzec.
- Morowitz Harold J., Trefil James S.: *Jak powstaje człowiek. Nauka i spór o aborcję*. Przeł. Barbara Szacka. Warszawa 1995.
- Nagórny Janusz, Derdziuk Andrzej (red.): *Moralne aspekty przemian cywilizacyjnych*. Lublin 2001.
- Najda Jerzy: *Eutanazja problemu czy problem eutanazji?* „Człowiek i Światopogląd” 1989, nr 1.
- Nathanson Bernard N.: *Ręka Boga. Od śmierci do życia – podróż zwolennika aborcji, który zmienił zdanie*. Przeł. Magda Sobolewska. Warszawa 1997.
- Nawrocka Anna: *W poszukiwaniu podstaw i zasad bioetyki*. Katowice 2001.
- Nesterowicz Mirosław: *Prawo medyczne*. Toruń 1998.
- Newell John.: *W roli Stwórcy. Dokąd zmierza inżynieria genetyczna?* Przeł. Agnieszka Bartoszek-Pączkowska, Maria Bontemps-Gracz. Warszawa 1997.
- Niebrój Lesław: *U początków ludzkiego życia*. Kraków 1997.
- Nowacka Maria: *Terapia transplantacyjna, czyli oczekiwanie na użyteczną śmierć*. „Archeus. Studia z Bioetyki i Antropologii Filozoficznej”, 2000, T. 1.
- Nowacka Maria: *Sytuacja moralna biorcy organu od dawcy żyjącego*. „Sztuka Leczenia” 2002, T. 8, nr 1.
- Nowacka Maria: *Etyka a transplantacje*. Warszawa 2003.
- Nowak Jerzy: *Ludzki genom – nadzieje i zagrożenia*. „Znak” 1996, nr 12.
- Nowicka-Włodarczyk Ewa (red.): *Kara śmierci*. Kraków 1998.
- Nuland Sherwin B.: *Jak umieramy. Refleksje na temat ostatnich chwil naszego życia*. Przeł. M. Lewandowska. Warszawa 1996.
- Olejniak Stanisław: *Etyka lekarska*. Katowice 1995.
- Ossowska Maria: *Normy moralne. Próba systematyzacji*. Warszawa 1970.
- Ostrowska Antonina: *Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa*. Warszawa 1997.

- Otowicz Ryszard: *Etyka życia. Bioetyczny i teologiczny kontekst problematyki życia poczętego*. Kraków 1998.
- Papuziński Andrzej: *Ekofilozofia – ekologizm – demokracja*. W: *Bioetyka i ekofilozofia*. Red. Józef Jaroń. Siedlce 1999.
- Paton Wiliam: *Człowiek i mysz. Badania medyczne na zwierzętach*. Przeł. Stefan Kasicki, Marta Umińska, Krzysztof Turlejski. Warszawa 1997.
- Pearson Leonard (red.): *Śmierć i umieranie. Postępowanie z człowiekiem umierającym*. Przeł. Bogdan Kamiński. Warszawa 1973.
- Piątek Zdzisława: *Etyka środowiskowa. Nowe spojrzenie na miejsce człowieka w przyrodzie*. Kraków 1998.
- Piątek Zdzisława: *Etyka życia*. W: *Etyka. Zarys*. Kraków 1992.
- Płachta M.: *Prawo do umierania? Z problematyki regulacji autonomii jednostki w sprawach śmierci i umierania*. „Państwo i Prawo” 1997, z. 3.
- Poklewski-Kozieł Krzysztof: *O eutanazji w świetle nowych koncepcji prawniczych*. „Państwo i Prawo” 1997, z. 1.
- Polit Krzysztof: *Etyczne problemy związane z transplantacją narządów wewnętrznych*. W: *Nowoczesność i tradycja*. Lublin 1995.
- Promieńska Halina: *Rzeczywiste i pozorne „przewroty kopernikańskie” w etyce, czyli o bioetyce trochę dyskusyjnie*. „Archeus. Studia z Bioetyki i Antropologii Filozoficznej” 2000, T. 1.
- Promieńska Halina: *Zasada tolerancji w nauce i etyce*. Katowice 1987.
- Promieńska Halina: *Trwanie i zmiana wartości moralnych*. Katowice 1991.
- Przyłuska-Fischer Alicja: *Argument potencjalności a przerywanie ciąży*. „Edukacja Filozoficzna” 1996, T. 21.
- Przyłuska-Fischer Alicja: *Etyczne podstawy kontroli genetycznej*. „Etyka” 1988, nr 23.
- Przyłuska-Fischer Alicja: *Klonowanie terapeutyczne. Moralne aspekty eksperymentów naukowych na pozaustrojowych zygotach ludzkich*. W: *Dylematy bioetyki*. Red. Anna Alichniewicz, Anna Szczesna. Łódź 2001.
- Ramsey Paul: *Pacjent jest osobą*. Warszawa 1977.
- Ramsey Paul: *Fabricated Man. The Ethics of Genetic Control*. New Haven–London 1970.
- Regan Tom: *Prawda i krzywda zwierząt*. „Etyka” 1980, T. 18.
- Regan Tom (ed.): *Matters of Life and Death*. New York 1980.
- Reich Warren Thomas: *Quality of Life*. In: *Encyclopedia of Bioethics*. Ed. Warren Thomas Reich. Vol. 2. New York 1978.
- Reiss Michael J., Straughan Roger: *Poprawianie natury. Inżynieria genetyczna – nauka i etyka*. Przeł. Jan Fronk. Warszawa 1997.
- Ringel Erwin: *Gdy życie traci sens. Rozważania o samobójstwie*. Przeł. Elżbieta Kaźmierczak. [Glob] 1987.
- Rybarczyk Marek: *Mary umrze, by żyła Jodie*. „Gazeta Wyborcza” z 7.11.2000.
- Ryder R.D.: *Szowinizm gatunkowy, czyli etyka wiwisekcji*. „Etyka” 1980, nr 18.
- Salij Jacek: *Doświadczenia z ludzkimi embrionami w świetle normy personalistycznej*. „Medycyna Wiku Rozwojowego” 2001, T. 5, supl. do nr 1.
- Saunders Kate, Stanford Peter: *Katolicy i seks*. Przeł. Hanna Jankowska. Warszawa 1996.
- Sawicki Jerzy: *W kręgu starych i nowych konfliktów*. Warszawa 1967.
- Sidor-Rządkowska Małgorzata: *Paternalizm w rehabilitacji*. „Etyka” 1994, nr 27.
- Singer Peter: *Practical Ethics*. Cambridge 1990.
- Singer Peter: *Zwierzęta i ludzie jako istoty sobie równe*. „Etyka” 1980, nr 18.
- Singer Peter: *Animal Liberation*. London 1975.

- Singer Peter: *O życiu i śmierci. Upadek etyki tradycyjnej*. Przeł. i postłowie opatrzyły Anna Alichniewicz, Anna Szczęsna. Warszawa 1997.
- Singer Peter (red.): *Przewodnik po etyce*. Warszawa 1998.
- Singer Peter, Wells Dean: *Dzieci z probówki. Etyka i praktyka sztucznej prokreacji*. Przeł. Zygmunt Nierada. Warszawa 1988.
- Skurzyński Piotr: *Jak spokojnie umrzeć?* Gdańsk 1993.
- Sobczyńska Danuta: *Nowe technologie reprodukcji człowieka. Nadzieje, obawy, dylematy moralne*. W: *Filozofia jako sposób odczuwania i konceptualizacji ludzkiego losu*. Red. Józef Bańka. Katowice 1999.
- Stanisławek Jędrzej: *Czym jest filozofia*. „Edukacja Filozoficzna” 1999, T. 27.
- Stawrowski Zbigniew: *Rozmowa o aborcji*. „Znak” 1991, nr 10.
- Swindoll Charles R.: *Świętość życia*. Przeł. Joanna Bartosik. Warszawa 1993.
- Szatkowski Seweryn: *Zasada życzliwości w medycynie*. „Etyka” 1994, nr 27.
- Szatkowski Seweryn: *Zasada nieszkodzenia w etyce medycyny*. „Etyka” 1996, nr 29.
- Szawarski Zbigniew: *Samobójstwo: w poszukiwaniu definicji*. „Etyka” 1988, nr 23.
- Szawarski Zbigniew: *Bioetyka*. „Problemy” 1986, nr 4.
- Szawarski Zbigniew: *Nowy, wspaniały „homo sapiens” (Etyczne aspekty sztucznej prokreacji)*. „Studia Filozoficzne” 1988, nr 3.
- Szawarski Zbigniew: *Zasada potencjalności i prawa moralne płodu*. „Kwartalnik Filozoficzny” 1997, T. 25, z. 1.
- Szawarski Zbigniew (red.): *W kręgu życia i śmierci. Moralne problemy medycyny współczesnej*. Warszawa 1987.
- Szawarski Zbigniew: *Najgroźniejsze zwierzę. Czy zniszczymy Ziemię i siebie?* „Polityka” 2000, nr 14.
- Szczęsna Anna: *Wokół medycznej definicji śmierci*. W: *Umierać bez lęku. Wstęp do bioetyki kulturowej*. Red. Mieczysław Gałuszka, Kazimierz Szewczyk. Warszawa–Łódź 1996.
- Szewczyk Kazimierz: *Dobro, zło i medycyna. Filozoficzne podstawy bioetyki kulturowej*. Warszawa–Łódź 2001.
- Szewczyk Kazimierz: *Katastrofy przestrzeni. Studia z filozofii biologii i medycyny*. Łódź 2002.
- Szewczyk Kazimierz: *Etyka i deontologia lekarska*. Kraków 1994.
- Szewczyk Władysław: *Kim jest człowiek. Zarys antropologii filozoficznej*. Tarnów 1998.
- Ślęczek-Czakon Danuta: *Bioetyka w poszukiwaniu teorii wielkiego zasięgu*. „Archeus. Studia z Bioetyki i Antropologii Filozoficznej” 2000, T. 1.
- Ślęczek-Czakon Danuta: *Humanizm i medycyna. Uwagi o problemie humanizacji medycyny*. „Sztuka Leczenia” 2002, nr 1.
- Ślęczek-Czakon Danuta: *Bioetyka a współczesne problemy moralne*. W: *Ekofilozofia i bioetyka*. Red. Włodzimierz Tyburski. VI Polski Zjazd Filozoficzny. Toruń 1996 i „Kwartalnik Filozoficzny” 1997, T. 25, z. 2.
- Ślęczka Kazimierz: *Feminizm. Ideologie i koncepcje społeczne współczesnego feminizmu*. Katowice 1999.
- Ślipko Tadeusz: *Zarys etyki szczegółowej*. Kraków 1982.
- Ślipko Tadeusz: *Granice życia. Dylematy współczesnej bioetyki*. Warszawa 1988.
- Ślipko Tadeusz: *Za czy przeciw życiu. Pokłosie dyskusji*. Kraków–Warszawa 1992.
- Tada Eareckson Joni: *Kiedy można umrzeć. Samobójstwo, eutanazja, cierpienie, litość*. Przeł. Andrzej Gandecki. Lublin 1993.
- Testart Jacques: *Przejrzysta komórka*. Przeł. Janina Anna Żelechowska. Warszawa 1990.

- Tetaz Numa: *Warto żyć. Samobójstwo – jego istota i zwalczanie*. Przeł. Rudolf Tybusz. Warszawa 1976.
- Thomson Judith Jarvis: *Obrona sztucznego poronienia*. W: *Nikt nie rodzi się kobietą*. Przekł., wybór, wstęp Teresa Hołowska. Warszawa 1982.
- Tittenbrun Krzysztof: *Etyka klonowania*. „Etyka” 1988, nr 23.
- Tobiasz-Adamczyk Beata: *Jakość życia w naukach społecznych i medycynie*. „Sztuka Leczenia” 1996, nr 2.
- Tokarczyk Roman: *Prawa narodzin, życia i śmierci*. Kraków 1984 (wyd. I), 1997 (wyd. IV).
- Tooley Michael: *Abortion and Infanticide*. Oxford 1983.
- Tribe Laurence H.: *Aborcja. Konfrontacja postaw*. Przeł. Małgorzata Studzińska. Poznań 1994.
- Tulibacki Witold: *Bioetyka wobec współczesnych problemów prokreacji*. „Człowiek i Światopogląd” 1989, nr 1.
- Tyburnski Włodzimierz: *Etyka środowiskowa a paradygmat antropocentryzmu*. W: *Ekofilozofia i bioetyka*. Red. Włodzimierz Tyburnski. VI Polski Zjazd Filozoficzny. Toruń 1996.
- Tyburnski Włodzimierz: *W kręgu zagadnień etyki ekologicznej*. „Edukacja Filozoficzna” 1992, T. 14.
- Tyburnski Włodzimierz (red.): *Etyka środowiskowa. Teoretyczne i praktyczne implikacje*. Toruń 1998.
- Varaut Jean-Marc: *Możliwe, lecz zakazane. O powinnościach prawa*. Przeł. Stanisław Szwabski. Warszawa 1996.
- Vardy Peter, Grosch Paul: *Etyka. Poglądy i problemy*. Przeł. Jerzy Łoziński. Poznań 1995.
- Ville Claude A.: *Biologia*. Warszawa 1978.
- Walden Gałuszko Krystyna: *Eutanazja a jakość życia pacjentów w terminalnym okresie choroby nowotworowej*. W: *Eutanazja a opieka paliatywna. Aspekty etyczne, religijne, psychologiczne i prawne*. Lublin 1996.
- Waloszczyk Konrad: *Planeta nie tylko ludzi*. Warszawa 1997.
- Wichrowski Marek: *Wnioskowanie „równi pochyłej” a etyka medyczna*. „Etyka” 1994, nr 27.
- Wilkes Kathleen V.: *Od zarodka do osoby ludzkiej*. „Etyka” 1988, nr 23.
- Williams Glanville: *Świętość życia a prawo karne*. Warszawa 1966.
- Winston Robert: *Manipulacje genetyczne*. Warszawa 1998.
- Wojtasiński Zbigniew: *Macierzyństwo bez granic*. „Rzeczpospolita” z 7.01.1994, dodatek „Nauka i Technika”.
- Wolniewicz Bogusław: *Filozoficzne aspekty kary głównej*. „Edukacja Filozoficzna” 1995, T. 20.
- Wolniewicz Bogusław: *Perspektywy eutanazji*. „Edukacja Filozoficzna” 1998, T. 26.
- Wolniewicz Bogusław: *Eutanazja w świetle filozofii*. „Edukacja Filozoficzna” 1997, T. 23.
- Wolniewicz Bogusław: *Neokanibalizm*. „Res Publica” 1991, nr 9–10.
- Wolniewicz Bogusław: *Kilka tez do sporu o aborcję*. W: *Idem: Filozofia i wartości*. Warszawa 1993.
- Wolniewicz Bogusław: *Życie nie jest najwyższą wartością*. „Znak” 1998, nr 1 (512).
- Wolniewicz Bogusław: *Uwagi o klonowaniu*. „Medycyna Wieku Rozwojowego” 1999, T. 3, supl., nr 3.
- Wolniewicz Bogusław: *O tzw. bioetyce*. „Medycyna Wieku Rozwojowego” 2001, T. 5, supl., nr 1.
- Wolniewicz Bogusław: *Eutanazja i biolatria*. „Znak” 2001, nr 7 (554).
- Wroński Marek: *Śmierć na życzenie*. „Polityka” 1992, nr 34.

- Wulff Henrik R., Pedersen Stig Andur, Rosenberg Raben: *Filozofia medycyny. Wprowadzenie*. Przeł. Zbigniew Szawarski. Warszawa 1993.
- Wyzwania współczesnego człowieka. *Refleksje etyczne*. Lublin (b.r.w.).
- Youngson Robert M., Schott Ian: *Pomyłki lekarskie. Zdumiewająca lecz prawdziwa historia szarlatanerii w dziejach medycyny*. Przeł Dorota Koz i ń s k a. [Wyd. Puls] 1997.
- Zagórski Sławomir: *Moja mama nigdy się nie urodziła*. Magazyn „Gazety Wyborczej” z 21.01.1994.
- Zalewski Zbigniew: *Co po bioetyce?* „Kwartalnik Filozoficzny” 1997, T. 25, z. 2.
- Zalewski Zbigniew: *Mapa ludzkiego genomu – złudne (?) nadzieje i realne (?) zagrożenia*. „Sztuka Leczenia” 2001, nr 1.
- Zaorska Barbara: *Nadejdzie ten dzień. O godnym umieraniu*. Niepokalanów 1992.
- Zawłaszczanie zwłok ludzkich*. Red. Anna Wiekluk. Kraków 1996.
- Zuziak Władysław: *Śmierć i medycyna – o eutanazji inaczej*. W: *Podstawy i zastosowania bioetyki*. Red. T. Biesiaga. Kraków 2001.

Indeks nazwisk

A

Abelard Pierre 190
Adam (mit) 181
Adamkiewicz Marek 176, 200, 211, 242
Adkins Jane 205, 214
Aleksandrowicz Julian 242
Alichniewicz Anna 164, 183, 222, 242,
244–245, 247–248
Anderson French W. 160
Anscombe G. Elisabeth M. 189
Anthony Mitchel T. 242
Anthony Pat 116
Antinori Severino 9, 171
Ariès Philippe 177–179, 242
Arras John 242
Arthur Leonard 20–21
Arystoteles 65, 73
Asimow Isaac 35
Augustyn (św.) 190
Aumonier Nicolas 208, 242

B

Baby Doe 183, 223
Baby Fae 18
Baby L. 183
Bacon Franciszek 208
Bańka Józef 241–242, 246, 248
Barnard Christiaan 139, 144, 183, 214,
242

Bartosik Joanna 248
Bartoszek-Pączkowska Agnieszka 246
Bartula Piotr 242
Bauman Zygmunt 32, 242
Bąkowska E. 242
Beauchamp Tom L. 25, 140, 183–192,
195, 215, 231–232, 241–242
Beignier Bernard 208, 242
Bentham Jeremy 41, 48, 208, 242
Berg Przemysław 21, 242
Bernard Jean 27–29, 106, 130, 132–133,
136, 138, 155, 241–242
Bertalanffy L. von 34
Biesiaga Tadeusz 196, 242
Binding Karl 209
Birnbacher Dieter 146–148, 154, 242,
243
Bischofberger Erwin 160, 243
Bland Tony 183, 189, 223, 225
Blundell James 143
Bogusz Józef 243
Bołoz Wojciech 13, 60, 243
Bonenberg Marek 53, 243
Bontemps-Gracz Maria 246
Bortkiewicz Paweł 235, 243
Bréhant Jacques 21, 183, 243
Brach Barbara 96, 243
Brack Wiktor 206
Brandt Richard B. 240–241, 243

Bridgman P. 215
Briggs Robert 165
Brody Baruch 63, 243
Brophy Paul 189
Bross Wiktor 144
Brown Luiza 16, 104
Brusiło Jerzy 196–197, 243
Bulger Ruth 243
Burska Ewa 242

C

Cairns-Smith A.G. 34
Callahan Daniel 24, 189
Calmette Albert 136
Campbell Keith 166
Chadwick Ruth 243
Chałubiński Mirosław 60, 80, 86, 244–245
Chardin Teilhard P. de 24
Chargaff Erwin 161
Chiarelli Brunetto 117
Childress James F. 25, 140, 183–192, 195, 215, 231–232, 241–242
Chłap Zbigniew 221, 243
Chyrowicz Barbara 121, 160, 165, 171, 197, 243, 245
Cicero 208
Cichocka Elżbieta 96, 243
Cichowicz Stanisław 242
Crick Francis 157
Cruzan Nancy 183, 223
Curran Ch. 25
Cyrzan Honorata 219, 243
Czarnik Zbigniew 243

D

Damian (św.) 143
Daniel William 125–126
Dausset Jean 134
Del Zio 104
Derdziuk Andrzej 246
Devall Bill 53, 243
Dębowski Jan 219, 221, 243
Diogenes z Synopy 73
Doleżał-Nowicka Irena 245

Donceel Joseph F. 65
Duda Harry 242
Duncan R. 34
Dungerino Emil 144
Dyson Anthony 243
Dyson Freeman 33, 35, 243
Dziedzic Jan 204, 206, 243

E

Ebling F.J. 67
Edwards Robert 17, 104, 117
Engelhardt Tristram 25, 243
Epikur 208

F

Feinberg Joel 48–50, 243
Fenigsen Ryszard 21, 204, 207–208, 243
Ferry Luc 10–11, 48, 55–57, 229, 238, 243
Fichte Jan G. 208
Filek Jacek 235, 244
Fiori Joey 223
Firestone Shulamith 112
Fletcher Joseph 22, 72, 203–204, 219, 244
Ford Norman M. 61, 65, 68, 76–77, 244
Forssmann Werner T.O. 134
Franciszek z Asyżu (św.) 51
Freud Zygmunt 205
Fritzhand Marek 26, 244
Fronk Jan 247
Fuchs Josef 25
Fuszara Małgorzata 98, 244

G

Gałuszka Mieczysław 140, 142, 179, 180, 210, 244, 248
Gandecki Andrzej 248
Gasparska Grażyna 246
Gawor Leszek 47, 245
Gaylin Williard 24
Gibiński Kornel 137
Gillon Raanan 137, 140, 244
Glover Jonathan 22

Godzimirski Jakub M. 242
Gorovitz Samuel 244
Grosch Paul 249
Guérin A. 136
Gwóźdź Władysław 204, 244

H

Hall Jerry 166
Handle Ph. 34
Hardin Garret 72
Hare Richard M. 87–88, 92–93
Häring Bernard 25
Harris John 243
Hartman Jan 238–240, 244
Hauerwas Stanley 25
Heitman Elizabeth 243
Hellegers Andre 24
Heszen-Niejodek Irena 137
Hillman James 244
Himmler Heinrich 206
Hiob (mit) 181
Hipokrates 173–174, 211, 227
Hirschfeld Ludwik 144
Hitler Adolf 206
Hoche Alfred 209
Hołda Zbigniew 81, 244
Hołówka Jacek 100, 188, 235, 244, 249
Hołówka Teresa 62, 97, 249
Hołyst Brunon 15, 244
Huizinga Johan 73
Hume David 208
Humphry Derek 244
Hurst Jane 65, 244
Huxley Aldous 103, 241

I

Howiecki Maciej 116
Ingarden Roman 244

J

Jacórzynski Witold R. 203, 231, 242, 244
Jagodziński Tadeusz 218, 235, 244
Jan Paweł II, papież 24–25, 60, 147, 214, 244

Jan XXIII, papież 60
Jankélévitch Vladimir 177
Jankowska Hanna 126, 247
Jaroń Józef 9, 13, 56, 244, 247
Jarosz Maria 244
Jasudowicz Tadeusz 243, 244
Jedynak Stanisław 13, 16, 47, 245
Jodie 217–218, 235
Jonas Hans 24, 193–196, 216, 244

K

Kaczyńska Iwona 219, 246
Kamiński Bogdan 214, 244, 247
Kant Immanuel 22, 39–41, 43, 171, 228, 229, 244
Kantorowicz A. 144
Kartezjusz 173
Kasicki Stefan 247
Kass Leon R. 168, 245
Katolo Artur J. 61, 245
Kawalec Magdalena 245
Kaźmierczak Elżbieta 247
Kelly R. 186–187
Kelus Jan Krzysztof 242
Kevorkian Jack 205–207
Kielanowski Tadeusz 207, 245
Kiepas Andrzej 246
King Thomas 165
Kis János 76, 99, 245
Klimowicz Ewa 16, 47, 60–61, 64–65, 74–75, 86–87, 120, 140, 151, 245
Kofta Wawrzyniec 155, 245
Kolata Gina 245
Koop Everest C. 189
Kopania Jerzy 148–149, 151, 171–173, 245
Kopelman Loretta M. 183, 245
Koraszewski Andrzej 215, 245
Kordylewski Leszek 245
Korn E.O. 34
Korn R.W. 34
Kornas Stefan 142, 149, 245
Kosma (św.) 143
Kośmicki Marek 206, 245
Kozak Zdzisław 204, 245

Kozińska Dorota 250
Kübler-Ross Elisabeth 245
Kuhse Helga 222–223, 245
Kuligowska Farida 21, 245

L

Laertios Diogenes 73, 245
Landau Lew 187
Landsteiner K. 144
Lang Wiesław 79–85, 246
Latawiec Anna 246
Lazari-Pawłowska Ija 52, 101, 246
Lettier Philippe 208, 242
Lévinas Emmanuel 181
Levine Joseph 246
Lewandowska M. 247
Liszewska Agnieszka 137, 246
Lockwood Michael 22

Ł

Łodyński Andrzej 19, 246
Łoziński Jerzy 249

M

MacIntyre Alasdair 22
Mahoney John 60–61, 66, 246
Manteuffel Leon 148
Margielewicz Elżbieta 243
Maritain Jacques 72
Marks Karol 73
Maroszyńska-Jeżowska Barbara 173, 246
Marshall Trisha 223
Mary 217–218, 235
McCormick Richard 25
Mendel Grzegorz 157
Mill John Stuart 208
Millard K. 209
Miller S. 205
Miś Andrzej 243
Miś Hanna 243
Moll Jan 144
Morin Edgar 177
Morowitz Harold J. 63–64, 76, 246
Morus Tomasz 208

N

Naess Arne 24, 53
Nagórny Janusz 246
Najda Jerzy 201, 210, 246
Nathanson Bernard N. 228, 246
Nawrocka Anna 246
Nelke Krzysztof 210
Nesterowicz Mirosław 81, 104, 107, 111, 153, 199, 246
Newell John 156, 246
Niebrój Lesław 61, 71, 76, 82, 94–95, 121, 246
Nielubowicz Jan 144, 151
Nierada Zygmunt 248
Nietzsche Fryderyk 208
Noonan J.T. 60
Nowacka Maria 148–149, 152–153, 245–246
Nowak Jerzy 161, 246
Nowicka-Włodarczyk Ewa 246
Nuland Sherwin B. 215, 247

O

O' Donnell T.J. 60
Olejniak Stanisław 84, 246
Ossowska Maria 38, 148, 246
Ostrowska Antonina 146, 176–177, 182, 187, 246
Otowicz Ryszard 23–25, 220–221, 247

P

Papuziński Andrzej 56, 247
Pardo Antonio 32
Paton William 247
Paweł VI, papież 60
Pearson Leonard 247
Pedersen Stig Andur 250
Pellegrino Edmund D. 25
Pettrucci D. 111
Piątek Zdzisława 53, 58, 247
Pietkiewicz Barbara 218
Pius XII, papież 149
Platon 73
Ploch Marion 223
Płachta M. 247

Poklewski-Kozieł Krzysztof 200, 210–211, 247
Polański Jerzy 144
Polit Krzysztof 247
Popowski Wacław Jan 244
Potter Rensselaer van 14, 23–24
Potts M. 67
Pretty Diane 215
Promieńska Halina 228, 247
Przyłuska-Fischer Alicja 87–88, 92–93, 164, 247

Q

Quinlan Karen Ann 188, 223

R

Ramsey Paul 22, 24, 60, 129, 150–152, 219, 232, 247
Regan Tom 43, 247
Reich Warren Thomas 25, 231, 247
Reiser Stanley 234
Reiss Michael J. 108, 156, 159, 247
Religa Zbigniew 144
Rhoden Nancy 242
Ringel Erwin 247
Rochefoucauld Francis 211
Rock John 104
Roe v. Wade 111
Rogalski Dariusz 244
Rosenberg Raben 250
Russo G. 25
Rybarczyk M. 218, 247
Rybicka Janina 137
Ryder Richard D. 47, 247

S

Sabin Albert 136
Salij Jacek 163, 247
Salk Jonas Edward 136
Salt Henry 48
Saunders Kate 126, 247
Sawicki Jerzy 204, 247
Scarpelli Umberto 25
Schopenhauer Arthur 208
Schott Ian 137, 250

Schweitzer Albert 51–53
Seneka 208
Sessions George 53, 243
Sgreccia Elio 25
Shelley Mary 160
Shettles Landrum 104, 165
Sidor-Rządkowska Małgorzata 247
Singer Peter 17, 22, 29–31, 42–43, 47–51, 73, 77, 109–115, 120, 130–131, 157, 161, 164, 168, 183, 222–230, 245, 248
Skarżyńska Barbara 246
Skolimowski Henryk 24
Skurzyński Piotr 248
Sobczyńska Danuta 248
Sobolewska Magda 246
Soupart P. 115
Stanford Peter 126, 247
Stanisławek Jędrzej 238, 248
Stanosz Barbara 243
Stawrowski Zbigniew 60, 248
Steptoe Patrick 17, 104, 117
Stillman Robert 166
Straughan Roger 108, 156, 159, 247
Studzińska Małgorzata 249
Sudolska Urszula 243
Sumner William Graham 78
Suzuki David 246
Swindoll Charles R. 228, 248
Szacka Barbara 246
Szatkowski Seweryn 141, 248
Szawarski Zbigniew 14, 16, 21–22, 27, 34, 36–38, 41, 43–45, 51, 58, 60–72, 75, 85, 90–92, 101, 103, 106, 111, 119, 124–125, 139, 148, 151, 173, 207, 233–234, 245, 248, 250
Szczęsna Anna 146, 164, 183, 222, 242, 244–245, 247, 248
Szewczyk Kazimierz 137, 140, 142, 160, 179–182, 198, 210, 244, 248
Szewczyk Władysław 73, 248
Szkółut Tadeusz 151, 245
Szwabski Stanisław 249

Ś

- Ślęczek-Czakon Danuta 11, 238, 248
Ślęczka Kazimierz 98, 112, 248
Ślipko Tadeusz 15, 22, 25, 46–47, 61,
65–66, 76, 94, 121, 197, 207, 219, 248

T

- Tada Eareckson Joni 248
Testart Jacques 106–107, 115, 117–118,
131, 248
Tetaz Numa 249
Thomas Hans 32
Thomasma D.C. 25
Thomson Judith Jarvis 62, 97, 249
Tittenbrun Krzysztof 165, 169, 249
Tobiasz-Adamczyk Beata 230, 249
Tokarczyk Roman 47, 71, 78, 106–108,
142, 149, 153, 198, 202, 207–208,
210–213, 238, 249
Tomasz z Akwinu (św.) 39, 65, 190
Tooley Michael 70–71, 73, 88, 249
Trefil James S. 63–64, 76, 246
Tribe Laurence H. 78, 99–100, 249
Tulibacki Witold 249
Turlejski Krzysztof 247
Tyburski Włodzimierz 9, 248–249
Tybusz Rudolf 249

U

- Umińska Bożena 97
Umińska Marta 247
Umińska Stanisława 204
Unger Ernst 144

V

- Varaut Jean-Marc 249
Vardy Peter 249
Ville Claude A. 33, 249

W

- Walden-Gałuszko Krystyna de 213, 249
Waloszczyk Konrad 53–55, 58, 249
Wanglie Helga 183
Wantz M. 205
Watson James 157
Wells Dean 17, 29–31, 77, 109–115,
120, 130–131, 157, 161, 164, 168, 248
Weronow 144
Weston-Smith M. 34
Wichrowski Marek 244, 249
Wiekłuk Anna 146, 250
Wilkes Kathleen V. 86–87, 249
Williams Glanville 72, 249
Wilmut Ian 166
Winston Robert 115, 249
Wojtasiński Zbigniew 249
Wolniewicz Bogusław 60, 88–90, 148,
204, 214, 240, 249
Wood Carl 17
Woronowicz Szczepan 245
Wroński Marek 21, 206, 249
Wulff Henrik R. 250

Y

- Youngson Robert M. 137, 250

Z

- Zagórski Sławomir 19, 250
Zalewski Zbigniew 158, 240, 250
Zaorska Barbara 250
Zuziak Władysław 204, 250

Ż

- Żelechowska Janina Anna 242, 248

Danuta Ślęczek-Czakon

The Problem of the Value and Quality of Life in Bioethical Disputes

Summary

The present work is devoted to the presentation and analysis of bioethical disputes with a particular emphasis on the fundamental problem of the quality and value of life. Statements concerning the value and quality of (particularly human) life can be found frequently enough in bioethics, but they are not always properly articulated and justified. Bioethics is a discipline that came into being in the 1970s, and it deals with problems that are vital from a cognitive and practical point of view, and which resulted from the development of the biomedical sciences and technology. The wide range of its subject matter, its interdisciplinary nature, and the variety of tasks it is supposed to fulfil make it into something more than just normative ethics, or still another academic discipline which is interested in discovering the truth for that truth's sake. In the context of bioethics, various ideological disputes and conflicts come to the surface, and the way these conflicts are resolved has an impact on the lives of many people.

The book is composed of eight chapters. Chapter One is an introduction to bioethics – it shows the subject matter of that discipline, the conditions of its rise, its main ideological positions, and its unique character.

Chapter Two is devoted to the presentation of various positions concerning the value of (particularly human) life. Having surveyed these positions, the author concludes that in natural sciences the notion of life is given a neutral (descriptive) sense, while in social sciences that notion has an axiological aspect. The acceptance of the idea that life is a value is an act of choice dependent on philosophical and moral views. In addition, the differences between various positions concern the question of what features are to be recognised as morally significant so as to ascribe a relative or absolute value to life.

The problem of the value of human life is inseparable from the question of accepting a certain model of humanity, which is why, in Chapter Three, the reader will find a discussion on the criteria of humanity and the methods of establishing the limits of humanity. The criteria of humanity may be formulated on the basis of the biological, medical, philosophical, sociological, psychological knowledge, and its basic assumptions may have a religious nature.

The variety of the criteria of humanity, and the disputes over their classification show how different from each other the convictions that people deem obvious or rational may be. There is no single, universally accepted criterion. None of the already existing criteria is capable of reflecting the unchanging essence of humanity, nor can it be used to resolve all kinds of moral problems.

Chapter Four shows the nature of the dispute about the admissibility of abortion – it is not only the criteria of humanity that play an important role in this dispute, but also other assumptions (concerning the human rights, the measure of freedom accorded to women, views on the importance of tradition, or power). An analysis of the legal means of protecting the foetus, the principles of potentiality, and model positions on abortion leads to the conclusion that it is difficult to reach a compromise on the admissibility of abortion, and our taking a specific side in this conflict depends on our moral intuitions.

The methods of artificial procreation, their genesis, present conditions and possibilities of development are shown in Chapter Five. An unequivocal and even-handed assessment of the medically assisted procreation is difficult. The very possibility of creating human life in a planned way causes many fears. Technological progress raises hopes for a constant improvement of the quality of life, but, at the same time, it may fuel fears for human life being treated merely instrumentally. Because of its purpose (the procurement of a child to an infertile couple) the simple model of artificial procreation raises fewer objections and fears than the complex one.

The sixth chapter of the present work deals with the problems of the therapeutic and biological revolution that has taken place in recent years (including the research on medicines, transplant surgery, genetic engineering, the cloning of human beings). People's morality changes in step with the technological progress and the use of technology in medicine – people want to live on at any price, even at the cost of a deteriorated quality of life, or at the cost of giving up moral scruples. At present, there exist two contradictory tendencies in medicine. The former attaches great importance to life (but not health), which is confirmed by transplant surgery, high risk therapies, and heroic therapies. The latter places emphasis on the quality of life, which can be seen in its approval for genetics, genetic engineering, cloning. The possibilities of saving life and healing are very great at present, but, as it often turns out, the saving and prolonging of one's life is connected with the lowering of that life's quality. On the other hand, while caring for the quality we may end up denying life as an absolute value. Shall we ever be able to reconcile these two tendencies, and avoid going to extremes in our evaluation? This question cannot yet be answered.

Chapter Seven is devoted to the problematics of death in culture and in medicine. What we find here are selected problems of thanatology – concerning our attitude towards death, ineffective and effective therapy, the right to death, euthanasia. The author shows that owing to bioethics the long silence on the subject of death has been finally broken. It is exactly bioethics that may contribute to the modern man's changing their attitude towards death – dominant in bioethics is the tendency to tame death and to break with the convention of a death "run wild". There is no consensus, however, on how to achieve this, as is witnessed by the controversy over euthanasia, over the limits of effective therapy, laying down the conditions of good death, and giving assistance in dying.

Chapter Eight contains a comparison of two contrasting approaches – the value (sanctity) of life ethics, and the quality of life ethics. The assumptions of these approaches and the consequences they may lead to are shown and exemplified by the attitude of the Catholic Church and P. Singer's ethics.

Finally, the problem of the status of bioethics, and the dominant tendencies in the pursuit of this academic discipline are discussed. The author takes up a sceptic stance as regards the possibility of reconciling these fundamental tendencies on the basis of a general methodology. She also warns the reader against having unrealistic expectations of that discipline, in her opinion bioethics cannot be expected to provide unequivocal solutions to the most fundamental controversies. On the other hand, the author recognises that bioethical reflections are reasonable and sensible – they help in fostering people's moral awareness, and, by the same token, they raise hopes that humanity will not find themselves in a state of rational amorality.

Danuta Ślęczek-Czakon

Das Problem des Wertes und der Lebensqualität in dem bioethischen Streit

Zusammenfassung

Diese Arbeit ist der Schilderung und Analyse von bioethischen Streiten mit besonderer Berücksichtigung vom fundamentalen Problem von Wert und Qualität des Lebens gewidmet. Die Grundsätze bezüglich des Wertes und der Qualität des Lebens (insbesondere vom Menschen) kommen in der Bioethik oft zum Ausdruck, werden jedoch nicht immer hervorgehoben und belegt. Die Bioethik, eine wissenschaftliche Disziplin, die ihre Ursprünge in der 70-er Jahren des 20. Jahrhunderts gefunden hat, beschäftigt sich mit erkannten und praktischen Problemen, die mit der Entwicklung der biomedizinischen und technischen Wissenschaften erschienen sind. Das umfangreiche, interdisziplinäre Forschungs- und Aufgabenfeld, welches die Bioethik zu lösen hat, verursacht, dass sie nicht nur für eine normative Ethik oder eine weitere akademische Disziplin gehalten wird, die nach der inneren Wahrheit sucht. Auf diesem Gebiet kommen weltanschauliche Streite und Konflikte zum Ausdruck, deren Lösungsmethode einen Einfluss auf das Schicksal mehrerer Menschen ausübt. Diese praktische Bedeutung der Bioethik ist ein Grund für das wachsende Interesse an dieser Disziplin.

Die Arbeit besteht aus acht Kapiteln. Das erste ist eine Einleitung in die Bioethik. Es werden hier der Untersuchungsgegenstand, Umstände des Entstehens, wichtige Standpunkte und das Spezifische der Disziplin dargestellt.

Das zweite Kapitel wird der Präsentation der Standpunkte bezüglich des Lebenswertes (insbesondere des menschlichen) gewidmet. Ein Überblick über die Auffassungen zeigt, dass in den Naturwissenschaften der Begriff des Lebens einen neutralen (deskriptiven) Charakter hat, hingegen auf dem Gebiet der humanistischen Wissenschaften einen axiologischen Aspekt aufweist. Die Erklärung des Lebens als eines Wertes wird für einen Auswahlakt gehalten, der von den philosophischen und moralischen Standpunkten abhängig ist. Die grundsätzlichen Unterschiede zwischen einzelnen Auffassungen betreffen die Frage, welche Merkmale als moralisch bedeutsame zu verstehen sind, damit dem Leben ein absoluter oder nicht absoluter Wert zugeschrieben werden kann.

Das Problem des Lebenswertes hängt eng mit der Annahme eines gewissen Vorbildes für die Menschlichkeit zusammen. Deshalb werden in dem dritten Kapitel die Kriterien der Menschlichkeit und Methoden für ihre Grenzsetzung geschildert. Es gibt mehrere Möglichkeiten, die Grenzen zu setzen. Kriterien für die Menschlichkeit können mit Hilfe des biologischen, medizinischen, philosophischen, soziologischen und psychologischen Wissens formuliert werden und die Rolle der Grundsätze können dabei gewisse religiöse Voraussetzungen spielen.

Eine Vielfalt an Kriterien der Menschlichkeit und die Streite um ihre Klassifizierung zeigen, welche unterschiedliche Überzeugungen scheinen als selbstverständliche und richtige für den Menschen. Denn es gibt kein einziges allgemein anerkanntes Kriterium. Kein von den existierenden Kriterien ist imstande das unveränderliche menschliche Wesen widerzuspiegeln. Es kann auch nicht dem Lösen aller moralischen Probleme dienen.

Im vierten Kapitel wird das Spezifische des Streites um die Zulassung der Abtreibung dargestellt. In diesem Streit spielen nicht nur Kriterien der Menschlichkeit eine wesentliche Rolle, sondern auch andere Voraussetzungen (die Menschenrechte, Grenzen für die Freiheit der Frauen, Meinungen über die Bedeutung der Tradition und der Macht). Die Analyse der rechtlichen Methoden für den Schutz der Leibesfrucht, der Merkmale von potentieller Möglichkeit und repräsentativen Einstellungen zur Abtreibung führt zu einer Schlussfolgerung, dass in der Frage der Abtreibungszulassung ist es schwer einen Vergleich zu ziehen und sich für eine von den Einstellungen auszusprechen, was eher von unserer eigenen moralischen Intuition abhängt.

Die Methoden der künstlichen Befruchtung, ihre Entstehungsgeschichte, das augenblickliche Entwicklungsstadium und Möglichkeiten der weiteren Entwicklung werden im fünften Kapitel besprochen. Es ist schwer, die künstliche, medizinisch gesteuerte Befruchtung eindeutig und frei von Emotionen zu bewerten. Selbst die Möglichkeit, das menschliche Leben eingeplant zu beeinflussen, zieht mit sich gewisse Befürchtungen. Der Wissensfortschritt gibt einerseits eine Chance, ständig die Qualität des Lebens zu erhöhen. Andererseits wird jedoch befürchtet, dass das menschliche Leben ausschließlich instrumentell behandelt wird. Hinsichtlich des Ziels (einem unfruchtbaren Ehepaar ein Kind zu gewährleisten) scheint das Modell der einfachen künstlichen Befruchtung im Vergleich mit kompliziertem Modell die wenigsten Einwände und Befürchtungen zu erwecken.

Im Kapitel sechs werden Probleme einer therapeutischen und biologischen Revolution behandelt, die in den letzten Jahren ausgebrochen ist (die Untersuchungen über Medikamente, Transplantationen, Gentechnik, Menschenklonen). Mit dem wissenschaftlichen Fortschritt und der Anwendung der Technik in der Medizin wandelt die Moralität der Menschen. Die Menschen wollen um jeden Preis leben, sogar um den Preis einer schlechteren Lebensqualität und Verzichtung auf das ethische Bedenken. In der Medizin sind zur Zeit zwei gegensätzliche Tendenzen präsent. Die eine schreibt dem Leben (und nicht der Gesundheit) einen besonderen Wert hinzu. Das wird durch Transplantationen und Therapien mit einem hohen Risiko, mit heroischen Therapien belegt. Die zweite Tendenz legt dagegen einen hohen Wert auf die Lebensqualität. Es wird in der Zustimmung für die Gentechnik und das Klonen deutlich. Die Möglichkeiten, das menschliche Leben zu retten und zu behandeln, sind heutzutage groß. Es zeigt sich jedoch oft, dass das Lebensretten und – verlängern mit dem Verschlechtern seiner Qualität zusammenhängt. Das Pflegen seiner Qualität führt hingegen zur Negation des Lebens als eines absoluten Wertes. Gelingt es aber dem Menschen, diese zwei Tendenzen zu vereinen, und dabei das Extreme im Werten zu vermeiden? Diese Frage können wir leider nicht beantworten.

Das siebte Kapitel wird dem Problem des Todes in der Kultur und Medizin gewidmet. Es werden hier ausgewählte Aspekte aus dem Bereich der Tanatologie – einer Einstellung dem Tode gegenüber, einer vergeblichen und nützlichen Therapie, dem Recht auf den Tod, Euthanasie behandelt. Die Autorin zeigt, dass mit Hilfe der Bioethik das allgemeine Schweigen über den Tod gebrochen wird. Genau die Bioethik kann an der Wandlung der Einstellungen gegenwärtiger Menschen zum Tod beteiligt werden. Deutlich kommt bei ihr eine Tendenz zum Ausdruck, sich mit dem Tod vertraut zu machen und das Bild „des wilden Todes“ abzuneigen. Es gibt jedoch keine Übereinstimmung darüber, wie das gemacht werden kann. Davon zeugen zahlreiche Streite um die Euthanasie herum, um das Grenzensetzen für eine nützliche Therapie und um das Bestimmen der Voraussetzungen für einen guten Tod und Hilfe beim Sterben.

Im Kapitel acht werden zwei Standpunkte miteinander konfrontiert, die Ethik des Wertes (Heiligkeit) des Lebens und der Ethik der Lebensqualität. Am Beispiel der Einstellung der katholischen Kirche und der Ethik von P. Singer werden die Grundsätze dieser Auffassungen und ihre Konsequenzen, zu denen sie führen können, geschildert.

Im abschließenden Teil wird das Problem des Status von Bioethik und dominierender Tendenzen dieser wissenschaftlichen Disziplin angesprochen. Die Autorin nimmt eine skeptische Stellung zu der Möglichkeit, diese Grundtendenzen hinsichtlich einer allgemeinen Methodologie zu vereinen. Sie warnt jedoch vor zu großen Erwartungen dieser Disziplin gegenüber. Sie vertritt die Meinung, dass die Bioethik zu keiner endgültigen Lösung von fundamentalen Kontroversen führt. Jedoch bemerkt sie die Grundsätzlichkeit und den Sinn der bioethischen Erwägungen. Sie tragen dazu bei, die moralische Sensibilität zu erwecken, und damit den Menschen eine Hoffnung zu geben, dass die Menschlichkeit sich nicht in einem Zustand der rationalen Amoralität befindet.

BUŠ

Projekt okładki
Anna Kmita

Redaktor
Jerzy Stencel

Redaktor techniczny
Barbara Arenhövel

Korektor
Mirosława Żłobińska

Copyright © 2004 by
Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego
Wszelkie prawa zastrzeżone

ISSN 0208-6336
ISBN 83-226-1324-5

Wydawca
Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego
ul. Bankowa 12 B, 40-007 Katowice
www.wydawnictwo.us.edu.pl
e-mail: wydawus@us.edu.pl

Wydanie I. Nakład: 220 + 50 egz. Ark. druk. 16,5. Ark. wyd.
20,5. Przekazano do drukarni w styczniu 2004 r. Podpisa-
no do druku w marcu 2004 r. Papier offset. kl. III, 80 g
Cena 29 zł

„PRODRUK” s.c.
ul. Gliwicka 204, 40-862 Katowice

Danuta Ślęczek-Czakon

Problem wartości i jakości życia w sporach bioetycznych

Wykaz ważniejszych błędów dostrzeżonych w druku

Strona	Wiersz		Jest	Powinno być
	od góry	od dołu		
118	10		zebry (zebry,
199	12		<i>III</i>	<i>III</i>
251	14		Severino 9, 171	Severino 19, 171

PN 2240

nr inw.: BG - 324629



BG N 286/2210

ISSN 0208-6336
ISBN 83-226-1324-5